

Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

KATEDRA PSYCHOLOGIE

Bakalářská práce



Anna Zůnová

Praktické a důkazem podložené intervence ke zvyšování efektivity komunikace mezi lékařem a pacientem

Practicable and evidence-based interventions to increase the effectiveness
of doctor-patient communication

Praha 2019

Vedoucí práce: PhDr. Eva Höschlová, Ph.D.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citoval/a všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 24. července 2019

Anna Zůnová

Klíčová slova (česky)

efektivní komunikace, vztah lékař-pacient, lékařství, empatie, soucit, intervence

Klíčová slova (anglicky):

effective communication, physician-patient relationship, medicine, empathy, compassion, intervention

Abstrakt (česky)

Bakalářská práce má za cíl zmapovat důležité komunikační dovednosti lékařů, poukázat na oblasti, které ovlivňují a najít možné intervence, které přispívají ke zdokonalení těchto dovedností. Protože jsou komunikační dovednosti lékařů užívány ve specifickém vztahu a typu kontaktu, je první část práce věnována popisu tohoto vztahu a dvou základním podobám, jichž může nabývat. Druhá část pojednává o specifikách lékařské konzultace, jejích fázích a také rozdílu mezi anamnesticko-diagnostickým rozhovorem a rozhovorem terapeutickým. Třetí část se pak zaměřuje na jednotlivé komunikační dovednosti a vyzdvihuje jako klíčové dovednosti empaticky se chovat a jednat. Na základě výzkumů je zde popsáno, proč se jejich ovládnutí ukazuje jako prospěšné jak pro pacienta, tak také pro lékaře a celý zdravotnický systém. Čtvrtá část seznamuje s jednotlivými intervencemi z posledních let, které se pro zdokonalení komunikačních dovedností ukázaly jako užitečné. Poslední část práce je věnována návrhu výzkumu, který má za cíl objasnit, zda je při intervenci v podobě tréninku jedné z komunikačních dovedností – dovednosti empaticky se chovat a jednat – důležitá nejen teoretická výuka, ale také praktický nácvik dovednosti.

Abstract (in English):

The aim of this bachelor thesis is to map important communication skills of physicians, point out the variables on the side of the patient, which they influence and find out possible interventions that contribute to the improvement of these skills. The communication skills of physicians are used in a specific relationship and type of contact. For this reason the first part of the thesis is devoted to describing this relationship and the two basic forms which it can acquire. The second part deals with the specifics of medical consultation, its phases and also the difference between anamnestic-diagnostic interview and therapeutic interview. The third part focuses on individual communication skills and also highlights empathic skills as key skills. Based on previous research this part of the thesis shows how the mastery of these skill proves beneficial not only for the patient and the physician but also for the entire healthcare system. The last part presents a research proposal, the aim of which is to clarify whether in acquiring the skills of acting and behaving empathetically, the practical part of training is as important as the theoretical one

OBSAH

1	VZTAH A KOMUNIKACE LÉKAŘE A PACIENTA	8
1.1	ASYMETRIE VZTAHU LÉKAŘ-PACIENT POHLEDEM TRANSAKČNÍ ANALÝZY	8
1.2	PATERNALISTICKÝ A PARTNERSKÝ PŘÍSTUP	10
1.2.1	<i>Paternalistický přístup.....</i>	<i>11</i>
1.2.2	<i>Partnerský přístup</i>	<i>12</i>
1.2.3	<i>Autorita a moc lékaře</i>	<i>13</i>
2	VEDENÍ ROZHOVORU V RÁMCI LÉKAŘSKÉ KONZULTACE	16
2.1	LÉKAŘSKÁ KOMUNIKACE JAKO KLÍČOVÁ KLINICKÁ KOMPETENCE.....	16
2.2	FÁZE ROZHOVORU LÉKAŘE S PACIENTEM.....	16
2.3	ANAMNESTICKO-DIAGNOSTICKÝ ROZHOVOR	17
3	KLÍČOVÉ KOMUNIKAČNÍ DOVEDNOSTI LÉKAŘŮ A S NIMI SPOJENÉ INTERVENCE VEDOUcí KE ZLEPŠENí VZTAHU LÉKAŘE A PACIENTA	22
3.1	AKTIVNí NASLOUCHÁNí	24
3.2	NEVERBÁLNí KOMUNIKACE.....	26
3.2.1	<i>Paraverbální komunikace.....</i>	<i>26</i>
3.2.2	<i>Výraz v obličeji</i>	<i>27</i>
3.2.3	<i>Pozice těla</i>	<i>28</i>
3.3	DOVEDNOSTI EMPATICKÉHO CHOVÁNí A JEDNÁNí.....	29
3.3.1	<i>Problematické definice empatie, sympatie a compassion.....</i>	<i>29</i>
3.3.2	<i>Empatie versus empatické chování a jednání.....</i>	<i>30</i>
3.3.3	<i>Pokles empatie budoucích lékařů v průběhu studia</i>	<i>32</i>
3.3.4	<i>Proč je lékařské empatické jednání a chování důležité</i>	<i>35</i>
4	MOŽNÉ INTERVENCE ZAMĚŘENÉ NA EMPATII LÉKAŘE PŘI KOMUNIKACI S PACIENTEM.....	39
4.1	INTERVENCE NA ZLEPŠENí DOVEDNOSTí EMPATICKY SE CHOVAT A JEDNAT	39
5	EMPIRICKÁ ČÁST	43
5.1	ÚVOD A PROBLÉM	43
5.2	DESIGN INTERVENCE	44
5.3	TESTOVÉ METODY	44
5.4	VÝZKUMNÝ SOUBOR	45
5.5	VÝZKUMNÉ HYPOTÉZY.....	45
5.6	PROCEDURA VÝZKUMU	45
5.7	STATISTICKÁ ANALÝZA DAT.....	46
5.8	DISKUSE A OMEZENí VÝZKUMU	47
6	ZÁVĚR	49
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	50

Úvod

Komunikace je hlavním nástrojem člověka, jakým ho příroda vybavila. Obzvláště pak verbální komunikace, kterou člověk dostal do vínku jako jediný tvor na planetě. Pouhé slovo a promlouvání jím k druhým má obrovskou sílu. Toho si je už od svých historických počátků vědoma psychologie, obzvláště pak jeden z jejích aplikovaných oborů – psychoterapie. V posledních dvou století jsme svědky obrovského pokroku v oblasti technologií. Technologizací medicíny dosahujeme stále větší profesionality, jsme schopni přesněji stanovit diagnózy a naordinovat adekvátní léčbu s co možná nejmenšími negativními účinky. Bohužel ale tento technický pokrok doprovázený požadavkem evidence-based medicíny přesunul hledáček pozornosti a péče z pacienta, člověka na jeho nemoc, objekt medicínské zájmu. Dnešní pacienti si málokdy stěžují na pochybení ze strany technologie medicíny, často se ale v žalobách objevují stížnosti na přístup lékařů k nim. Na slova, která lékař použil, a hlavně jejich neverbální doprovod (Trzeciak, 2018). Současné výzkumy poukazují na to, že způsob komunikace lékaře s pacientem má vliv na mnohem více aspektů než jen na spokojenost pacienta, a že se těžiště zájmu přesouvá od technologie strojů používaných v medicíně na techniku lékařovy komunikace. A hlavně toho, jak může lékař komunikací vyjádřit svoji empatii. Lékař totiž kromě role medicínského specialisty plní chtě nechtě roli terapeutickou, což si začíná medicína jako systém stále více uvědomovat (Beran, 2010).

Cílem této práce je zmapovat jednotlivé oblasti komunikace, které jsou pro vztah lékaře s pacientem klíčové. Vymezit, jaké komunikační dovednosti se jednotlivých oblastí týkají a hlavně poukázat na výsostné místo, které mezi nimi zaujímají dovednosti empaticky se chovat a jednat. Po zmapování těchto oblastí jsou popsány možné intervence, jak tyto oblasti u lékařů rozvíjet.

V první kapitole se věnuji povaze vztahu lékaře a pacienta. Tato část popisuje dva základní modely tohoto vztahu – paternalistický a partnerský. Dále jsou zde nastíněny možné důvody, proč se lékaři častěji uchylují k modelu paternalistickému, i když současné výzkumy ukazují, že druhý z modelů je jak pro pacienta, tak pro lékaře výhodnější.

Druhá kapitola vysvětluje, jaké jsou znaky rozhovoru mezi lékařem a pacientem. Jsou zde popsány fáze rozhovoru pomocí Calgary-Cambridgeho modelu lékařské konzultace. Přes fáze se dostáváme k rozdělení dvou základních druhů rozhovoru v rámci lékařské konzultace, a to rozhovoru anamnesticko-diagnostického a rozhovoru terapeutického. Při rozebírání charakteristik anamnesticko-diagnostického rozhovoru je

nastíněna problematika způsobu kladení otázek, pomocí níž se nám otevírá téma další kapitoly.

Třetí kapitola si za cíl klade vymezit jednotlivé komunikační dovednosti lékařů. Pomocí evidencí pocházejících z výzkumů poslední let je ukázána důležitost jednotlivých dovedností a jejich dopad na pacienta, jeho proces uzdravování i na samotného lékaře. Jednotlivé podkapitoly se věnují aktivnímu naslouchání, neverbální komunikaci. Největší prostor pak zabírá podkapitola věnovaná dovednostem empaticky se chovat a jednat, jejichž dopad na pacienta, lékaře i celý zdravotnický systém se v posledních letech ukazuje jako nejvýraznější.

Proto se poslední kapitola věnovaná možným intervencím v komunikaci lékaře s pacientem, zabývá hlavně intervencemi v oblasti rozvoje lékařových dovedností empaticky se chovat a jednat. Nejprve je na několika výzkumech ukázáno, že tyto dovednosti tréninkem opravdu rozvíjet lze. Poté jsou zde vypsány konkrétní zajímavé intervence, které se ukázaly jako efektivní. Jako poslední je zde zmíněna intervence, která si již neklade za cíl trénovat empatické dovednosti, ale obecně ty komunikační a to formou veřejných fór.

V empirické části práce navrhuji výzkum, který si za cíl vytyčuje prozkoumat, zdali trénink empatie vede ke zvýšení skóre absolventů také v testech komunikačních dovedností. Zároveň si tento výzkum klade otázku, jak mají být kurzy empatie konstruovány. Přesněji, zda jejich součástí má být kromě teoretického kurikula i praktický nácvik empatických dovedností.

Ve své práci čerpám ze zahraničních převážně anglicky psaných impaktovaných a recenzovaných článků. Dalším zdrojem jsou různé učebnice komunikace, knihy zabývající se empatií a podobnou tematikou hlavně v českém jazyce. V práci je citováno v souladu s pravidly šesté edice normy Americké Psychologické Asociace APA.

1 Vztah a komunikace lékaře a pacienta

Jakákoli forma komunikace, která na naší planetě probíhá, se děje ve vztahu. To, jaký vztah je, se odráží v tom, jaká je komunikace v tomto vztahu (deVito, 2008). Proto je nejprve nutno říci, jaká je povaha vztahu, o kterém tato práce pojednává.

Na prvním místě je potřeba podotknout, že vztah lékaře a pacienta je vždy asymetrický a nemůže tomu být jinak, neboť pacient je tím, kdo v somatické a někdy i psychosociální nouzi přichází a žádá o pomoc a lékař je tím, kdo pomoc nabízí. Z toho plyne, že pacient je odkázán na lékaře, i když je pravda, že současné nastavení českých zdravotních pojišťoven pacientu umožňuje lékaře v případě nevyhovění několikrát změnit (Beran, 1997)(Ptáček, 2015).

Vztah lékaře a pacienta je velkou měrou ovlivňován jejich vzájemnými očekáváními. Tato očekávání se tvoří jak stereotypem dané role, tak vlastním postojem vytvořeným na základě dřívější zkušenosti. Pacienti od lékařů globálně očekávají, že budou ctít lékařské tajemství a budou v situaci pacienta angažovaní (projeví podporu, vcítění, porozumění a vynasnaží se pacientovi podat co nejvíce informací o jejich stavu a možnostech léčby). Oba tyto předpoklady tak vytváří důvěru a naději, kterou pacienti v lékaře kladou. Samozřejmě pacienti od lékaře také očekávají, že zmírní jejich obtíže, nejlépe je jejich trápení úplně zbaví. Lékař na oplátku od pacientů očekává podřízenost, poslušnost, upřímnost ve sdělování informací o vlastním stavu, rychlé uzdravování se a, což je klíčové, očekává také lékař, že s ním pacienti budou spolupracovat, což se ale velice často ukazuje jako očekávání poněkud naivní. Pokud tato očekávání nejsou naplněna, dochází ke zklamání, které se může projevit smutkem, strachem, vztekem a v nejhorším případě i rezignací, a to jak na straně lékaře, tak i na straně pacienta (Vymětal, 2003) (Tate, 2005).

Dalším aspektem, který neméně ovlivňuje vztah lékaře s pacientem, jsou charakterové rysy na straně pacienta i lékaře, které mohou ovlivnit jak hladkost nebo případnou konfliktnost kontaktu, tak také sympatie a antipatie, jaké vůči sobě lékař s pacientem mohou pociťovat? (Vymětal, 2003) (Essers, 2011).

1.1 Asymetrie vztahu lékař-pacient pohledem transakční analýzy

Jedním z nejvýraznějších přístupů, jak popsat role ve vztahu, a tudíž i v komunikaci, lékaře a pacienta, nabízí transakční analýza. Transakční analýza říká, že

v každém z nás jsou v našem já zastoupeny kromě životních rolí také naše vnitřní stavy, které se mohou v různých rolích uplatňovat. Jedná se o takzvané *egostavy*. v každém člověku se v průběhu jeho vývoje vytvářejí tři egostavy: dítě, rodič a dospělý. Každý z egostavů se vyznačuje specifickým chováním a slovníkem. Dítě pociťuje, raduje se, zlobí se. v jeho slovníku se nejčastěji vyskytují fráze obsahující slova „chci/nechci“, „nejde“, „věřím/cítím/bojím se“ a také různá citoslovce. Dítě má též dvě základní potřeby a to potřebu bezpečí a přijetí. Rodič je tím, kdo chrání, pečuje, ale také hodnotí a kritizuje, zakazuje. Pro tuto ambivalenci se u rodiče vytkávají dva podstavy: rodič pečující a rodič kritizující. Často používaná slova jsou „nesmíš/musíš“, „má se/ nemá se“ a také třeba hodnotící „dobře/špatně“. Dospělý pracuje, řeší, myslí. Frekventovanými formulkami jsou „jak/co/kde/kdy“, „možný“, „teoreticky“. To, v jakém egostavu se nacházíme v daný moment, ovlivňuje to, jak se budeme k druhým vztahovat a jak na nás pak budou druhí reagovat. Pro člověka je přirozené reagovat komplementárně, pokud například jedinec hovoří k druhému jako dítě k rodiči, je velice pravděpodobné, že druhý na něj bude skutečně reagovat z pozice rodiče a tak podobně. v předchozí části jsme se zmínili o tom, že vztah je ovlivňován očekáváními a očekávání jsou obsažena také právě v tomto reakčním vzorci. Člověk si jich může být vědom, ale většinou si jich vědom nebývá, a proto může často docházet k rozladění člověka po získání odpovědi na jeho slova, aniž by se za tímto rozladěním dal najít jakýkoli racionální důvod. Důvodem může být pouze to, že druhý na nás reaguje z jiného stavu, než z jakého jsme k němu my promlouvali a jaký jsme tak podvědomě od něj očekávali. Tato slovní výměna mezi dvěma jedinci, kteří na sebe mohou reagovat z různých egostavů, se nazývá *transakce* a dala této psychologické větvi její jméno (Henning, 2008) (Honzák, 1997) (Berne, 1992).

A nyní se již podívejme na to, jak se tyto egostavy týkají vztahu lékaře a pacienta. Pacient k lékaři většinou přichází v pozici žádajícího o pomoc a utišení a je tedy v egostavu DÍTĚTE vztahujícího se k pečujícímu RODIČI. Lékaři na ně proto automaticky reagují z egostavu RODIČE. Liší se ale v tom, naskočí-li do stavu RODIČE pečujícího nebo kritizujícího. Na tom nemusí být nic špatného, obzvláště výhodná je tato reakce v situaci akutních případů nebo při prvních setkáních. v jiných situacích se však objevují záporné stránky tohoto rolového vztahu. Dětský přístup je totiž charakterizován závislostí („Něco mi je, tak se starej, doktore.“). v tomto přístupu však DÍTĚ dlouho nevydrží a po nějaké době se začne dětskými způsoby bouřit: vztekem, sabotáží, ale také manipulačním chováním, které je dětem vlastní. v námi probíraném komunikačním vztahu se to projevuje tím, že se pacient snaží lékařovi testy obejít, lže mu a zhoršuje tak

situaci nejenom lékaři, ale ve výsledku především také sobě. Další charakteristikou DÍTĚTE je jeho nízká frustrační tolerance a jeho velký sklon k beznaději a projevům bezmoci. Toto chování neposlušného a vzdávajícího se DÍTĚTE alias pacienta v lékaři aktivuje komplementární reakci kritického RODIČE a lékař a pacient se tak dostávají do bludného kruhu, ve kterém o něčem, jako je spolupráce, nemůže být řeč. Vše výše řečené naznačuje, že vplynutí do rozhovoru DÍTĚ (pacient) – RODIČ (lékař) je přirozené. Kouzlo doktorovi profesionality však tkví v tom, že by si tohoto schématu měl být vědom, a pakliže se do něj dostane, měl by být sto ho změnit na komunikaci DOSPĚLÝ-DOSPĚLÝ. Aby tato změna byla možná, je nejprve nutné DÍTĚ v pacientovi řádně opečovat, utišit, pohladit, teprve pak se DÍTĚ uvolí uvolnit místo, na které lékař může dosadit DOSPĚLÉHO. Postup je následovný: Lékař se snaží z pacienta udělat odborníka na jeho vlastní nemoc (odborníkem na sebe sama už pacient je) a navázat tak s pacientem partnerský vztah, ve kterém dva odborníci řeší jeden a týž problém, pacientův zdravotní stav. Místo toho aby lékař k pacientovi promlouval slovy RODIČE („musíte“, „nesmíte“, „má se“), promlouvá k němu najednou slovy DOSPĚLÉHO a pacient znovu komplementárně přichází (oproti dětským „nechci“, „nemohu“, „proč“) s dospělými výrazy často i odbornými. Rozhovor tak nabývá rázu debaty, polemiky a nikoli imperativu. Pacient nyní sám rozvažuje, který druh léčby je pro něj dobrý a pokud přistupuje ke změnám svého životního stylu, svých návyků i konzumaci léčiv, činí tak nikoli pod taktovkou něčího zákazu nebo příkazu, ale naopak díky svém volbě, vlastnímu přesvědčení, že ví, že je toto pro něj dobré a je mu také jasné proč. Za jeho zdravotní stav je tak zodpovědný nejenom lékař, ale také, a hlavně pacient sám. A to, jak si v pozdější části ukážeme, má pro léčbu důležitý efekt (Honzák, 1997)(Berne, 1992).

1.2 Paternalistický a partnerský přístup

Odstavce věnované pohledu transakční analýzy nám nastínily dvě podoby komunikačního vztahu lékaře a pacienta. v prvním případě spolu komunikuje RODIČ a DÍTĚ, vztah je velmi asymetrický a ten, kdo vyvíjí aktivitu, přemýšlí nad řešením problému a přijímá za pacientův stav odpovědnost, je pouze lékař. Tento přístup je označován za *paternalistický* (rodičem je míněn otec, v latině pater, proto je možné přístup volně přeložit jako otcovský). v druhém případě jde o komunikaci DOSPĚLÉHO s DOSPĚLÝM. Vztah je symetričtější, aktivitu vyvíjejí oba, lékař i pacient, společně nad problémem nemoci diskutují a zodpovědnost za pacientův stav je rozdělena mezi ně. Protože spolu lékař a pacient spolupracují a jsou si více méně rovni, je tento přístup

označován jako *partnerský* (Beran, 2010) (Raudenská, 2011) (Beran, 1997) (Ptáček, 2015).

1.2.1 Paternalistický přístup

Paternalistický přístup je přístupem tradičním a jak jsme si ukázali pomocí transakční analýzy také přístupem, ke kterému mají pacienti i lékaři automaticky sklon. Postavení lékaře a pacienta je výrazně *asymetrické*. Lékař je expertem (který občas dokonce „ví“, co pacientovi je, ještě než pacient promluví). Lékař sám sebe vnímá jako autoritu. Lékař je k pacientovi direktivní a má všemohoucí roli, neboť je garantem obecných odborných znalostí o lidském těle, nemocech a způsobech léčby. Toto mu dává privilegium rozhodovat o léčbě pacienta a právo posledního slova. Lékař od pacienta očekává poslušnost. Komunikační model je lineární a jde téměř výlučně jen jedním směrem, což znamená, že lékař nedává pacientovi prostor pro dialog (z řeckého dialogos – složenina slov dia = mezi a slovesa leg - = získávat, shromažďovat ve smyslu komunikace). Komunikační tok jde směrem od lékaře k pacientovi formou instrukcí, balíku informací, často v lékařském žargonu. Pouze lékař je tím, kdo rozhoduje o pacientově léčbě a diagnostice. Ale na druhou stranu je také pouze lékař tím, kdo za pacientovu nemoc zodpovídá. Jediným pacientovým rozhodnutím je podepsání nebo nepodepsání informovaného souhlasu. Tento přístup je také nazývaný jako přístup *orientovaný na lékaře a na nemoc*. A to proto, mimo výše uvedené, že se lékař zajímá hlavně o objektivní nálezy týkající se pacientova aktuálního somatického stavu. Lékař hledá vodítka k diagnostikování a pacienta se táže přesně na tyto položky. Těžiště je tedy v technologiích, laboratorních nálezech, procedurách. Obor psychologie zdraví rozlišuje dva termíny pro nemoc. Prvním z nich je pojem *disease*, který se do češtiny překládá jako porucha, choroba a zahrnuje v sobě to, jak vidí nemoc lékař, protože představuje objektivní nálezy nemoci. Druhým pojmem je *illness* do češtiny překládaný poněkud archaickým slovem stonání. A je právě tím, na co se lékař v tomto přístupu neptá, a to na pacientův subjektivní prožitek nemoci. Je třeba podotknout, že závažnost *illness* a *disease* se mohou u různých nemocí lišit, protože v *disease* hraje roli subjektivní faktor – faktor specifických individuálních charakteristik člověka, specifičnost situace a v důsledku toho i samotného průběhu nemoci. Léčba pacienta v tomto přístupu končí ve chvíli, kdy odezní *disease*, nikoliv *illness* (Honzák, 1997). Paternalistický přístup neboli přístup orientovaný na nemoc a lékaře tento subjektivní ráz neřeší. Lékař se přímo snaží o to, aby vztah mezi ním a pacientem byl formální, objektivní a nenabyl osobní povahy. Proč se osobnímu

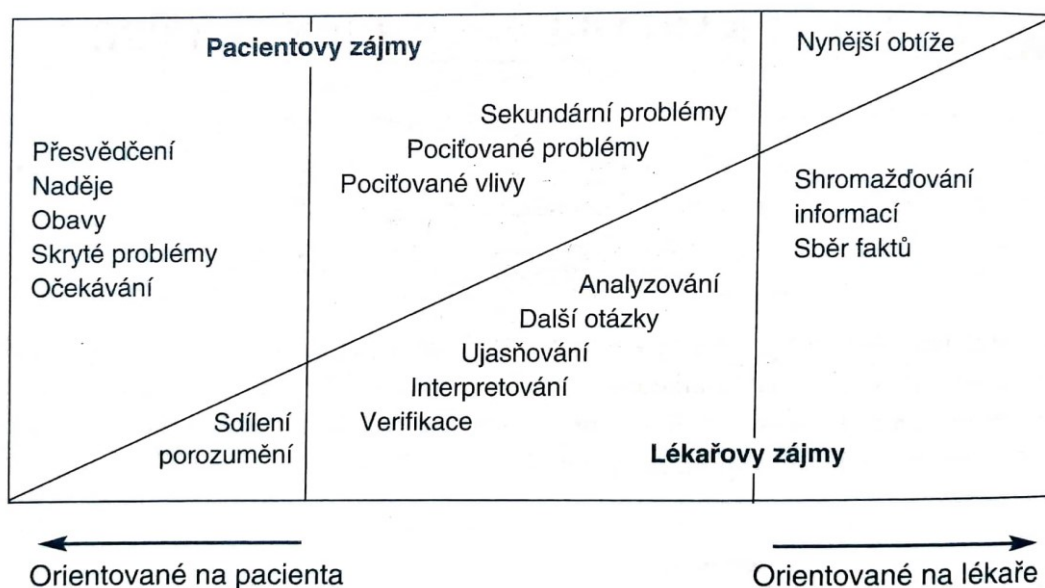
vztahu lékař často brání, bude probráno v jedné z dalších kapitol (Beran, 2010) (Raudenská, 2011)(Ptáček, 2015).

1.2.2 Partnerský přístup

Partnerský přístup míru asymetrie ve vztahu snižuje. Lékař uznává pacienta jako další autoritu, která má ke své nemoci i ke způsobu léčby co říci. Proto lékař pacienta bere jako partnera v léčbě, stejně tak jeho rodinu. Vyšetření není jenom o objektivních nálezech, ale také, ve jménu komplexního, celostního přístupu, o pacientově prožívání nemoci (illness), o pacientově historii a jeho dalších nemocech, kterými trpěl či trpí a o jeho názoru. Lékař se zajímá o *bioekopsychosociální* stránku nemoci, což znamená, že řeší jak klasickou biologickou, somatickou část, tak také psychologický stav pacienta v jeho ekologickém a sociálním kontextu. První zmíněný přístup je oproti tomu fragmentární, zabývá se jen nemocí, a to pouze z biomedicínského úhlu pohledu. Komunikační model partnerského přístupu je interakční, otázky mohou klást oba. Lékařův přístup je nedirektivní. Jde o dialog, ve kterém se rodí budoucí postup léčby. Lékař pacientovi ukazuje její pole možností, vysvětluje mu, proč se domnívá, že by pacienta diagnostikoval tak a tak. Možnosti léčby se pak zvažují s přihlédnutím k pacientově specifičnosti, k jeho možnostem a k jeho preferencím. Výsledný ortel nastalé léčby je výsledkem této polemiky a za průběh léčby a pacientovo zdraví nesou odpovědnost oba, jak pacient, tak lékař. Pro tento zájem lékaře o pacienta se tomuto přístupu říká *přístup orientovaný na pacienta*. Lékař s pacientem navazuje vztah, který je osobním. v současné době stále více výzkumů potvrzuje partnerský přístup založený na společném rozhodování, účasti lékaře, empatii, dělbě odpovědnosti, vysvětlování informací jako pro obě strany, a i pro rozpočet ministerstva zdravotnictví, výhodnější. Toto bude podrobněji rozebráno v kapitole o empatii a dalších komunikačních dovednostech (Beran, 2010) (Raudenská, 2011)(Ptáček, 2015).

Přesto, že je partnerský přístup nyní ukazován jako ta nejlepší možná cesta, mnoho lékařů se stále uchyluje k přístupu paternalistickému. Proč tomu tak je? Jedním z možných vysvětlení může být přihlédnutí k moci a lidské touze jí oplývat, co možná nejvíce to jde (Tate, 2005).

1.2.3 Autorita a moc lékaře



tabulka č. 1 Model posunu moci (Tate, 2005)

Lékař i pacient mají svoje *zájmy*. Ty jsou znázorněny v následující tabulce č. 1, kde je vidět, že lékařovi zájmy stojí na straně pravé a zájmy pacienta na straně levé. Můžeme konstatovat, že ve zmíněných modelech si paternalistický přístup hledí hlavně zájmů lékařových, kdežto partnerský model zohledňuje více zájmy pacienta. I když věda dnes straní partnerskému modelu orientovanému na pacienta, je třeba upozornit na to, že pokud by lékař přihlížel pouze k zájmům a preferencím pacienta, nic dobrého to také nepřinese. Pacienti si přeci jen k lékařům chodí proto, aby si vyslechli i jeho názor. Model orientovaný na pacienta tak nedělá z lékaře pouhý prostředek pacientovi libovůle. Ideální lékař by se měl pohybovat někde ve středu této tabulky a měl by být schopen se v závislosti na situaci přiklánět k jedné či druhé straně. Kromě zájmů lékaře a pacienta také tabulka č. 1 ukazuje, jak se mění moc lékaře a pacienta v závislosti na jejich zájmech. Lékař má v moci nejvíce věci na straně pravé, které souvisejí s jeho zájmy, pacient zas komplementárně věci na straně svých zájmů. To znamená, že lékař, který je více přikloněn k pacientově straně, má nad pacientem menší přímou kontrolu a jeho vystupování je méně autoritativní. Autoritou však lékař zůstává. Pacienti chtějí mocné lékaře, a kdyby pro ně autoritou nebyli, nechodili by k nim ve stavech nouze. To, že má lékař v očích veřejnosti i konkrétních pacientů moc, je dáno nejen zákonem, ale také, a hlavně jeho *autoritou*. Klasická definice dělí medicínskou autoritu na 3 složky: moudrost, morálku a charisma (Tate, 2005).

Autorita moudrosti je dána lékařovým vzděláním, jeho tituly, certifikáty a tak podobně, které by měly dokládat fakt, že toho lékař ví o medicíně víc než pacient. Že je lékař garantem pravdy v otázkách nemoci a zdraví (Tate, 2005).

K *morální autoritě* se lékaři zavazují, když skládají Hippokratovu přísahu. Je věcí lékařské etiky. Dva hlavní lékařské principy, které jsou shodné také u psychologů, jsou princip *nonmaleficence*, jehož maxima zní „Primum non cere.“ neboli „Hlavně neškodit.“ a princip *beneficence*, který říká, že lékařské působení musí být pacientovi a nejlépe i celé společnosti prospěšné (Weiss, 2011)(Ptáček, 2011). To se týká nejenom péče o pacienty, ale také různých medicínských výzkumů. Ženevská deklarace, která je jakousi zmodernizovanou verzí Hippokratovy přísahy, pevně stanovuje, že lékaři se vždy budou držet na straně humanitních cílů medicíny. Přesně toto pacienti a společnost od lékařů očekávají, a tak je tato autorita dána právě tímto jejich očekáváním (Tate, 2005).

Autorita charismatu je ze tří složek složkou nejkomplikovanější. Je dána jak historií lékařské profese, která bývala silně spojena s náboženstvím a magickou povahou lékaře, tak také obecným lékařovým působením – možností spasit tělo od nemoci, vyrvat člověka ze spárů smrti. To obě pacientům umožňuje od lékařů získat nejenom diagnózu a doporučení ohledně léčby, ale také naději (Tate, 2005).

Tyto tři složky autority jsou zdrojem lékařovi moci. Mají je všichni lékaři, liší se však v tom, na jaké složce si zakládají nejvíce, jakou nejvíce rozvíjejí. Lékaři držící se paternalistického přístupu pěstují hlavně autoritu moudrosti a charismatu. Proto jsou pro pacienty tak vzdálenými a nedostupnými. Lékaři, kteří se více orientují na pacienta, se liší v tom, že svou autoritu moudrosti redukují tím, že své pacienty edukují, dělí se s nimi o své informace, a tak i o svou moc. Liší se také v tom, že nepěstují kult lékaře-mystika, pokouší se demystifikovat medicínskou diagnózu a léčbu pomocí vysvětlování pacientům proč činí a míní, jak činí a míní, a tak si ukrajují ze své autority charismatu. Dělbou moci mezi lékaře a pacienta se také dělí o odpovědnost, protože kdo má moc, je za ni také zodpovědný (Tate, 2005).

V předchozím odstavci je shrnutý další důvod, proč lékaři tíhnou k paternalistickému modelu. Nyní je třeba ukázat, proč přesně se paradigma změnilo a proč je dnes mladým lékařům kladeno na bedra, že tou správnou cestou je přístup

partnerský. Změna paradigmatu má své kořeny v mnoha změnách ve společnosti, které se odehrály po druhé světové válce. Nejprve je třeba vzpomenout to, že se v Evropě začal objevovat větší důraz na lidská práva a individuální svobody. Pacient tak najednou není jen pacientem, ale také člověkem, občanem. Druhou hlavní změnu způsobil pokrok ve vědě a rozšíření nových technologií jak v nemocnicích, tak také v domácnostech. Tento pokrok se projevil nutností týmové spolupráce lékařů (připomeňme dříve zmíněný trend specializace lékařských profesí), dále v prodlužování lidského života a s tím také spojeným nárůstem dlouhodobých a chronických chorob, jimiž trpící pacienti si vyžadují být více informovaní. Technologie v domácnostech pacientů, obzvláště pak internet, a také nárůst vzdělanosti populace celkově z pacientů udělal bytosti zvědavější a často i informovanější ohledně různých lékařských oblastí (i když považme jak validně a přesně). V neposlední řadě je také třeba zmínit nárůst výskytu dilematických situací v ordinacích, které lze řešit pouze pokud spolupracuje lékař se svým informovaným a poučeným pacientem (Ptáček, 2011). Pro tyto a mnohé další důvody se nyní na školách mladí doktoři učí partnerskému přístupu k pacientům, přístupu zaměřenému na pacienta, dle kterého se celý směr péče označuje jako na pacienta zaměřený (patient centered care). v posledních desetiletích vzniká mnoho výzkumů, které ukazují, v čem všem je tento přístup přínosný a co vše ovlivňuje. To si ukážeme v následujících kapitolách. Světová zdravotnická organizace se v současné době zabývá možnostmi, jak tento přístup, jí označovaný jako Integrated people-centred health services, plošně aplikovat a rozšířit (World Health Organization, 2019).

2 Vedení rozhovoru v rámci lékařské konzultace

2.1 Lékařská komunikace jako klíčová klinická kompetence

Komunikace má pro výkon lékařské profese klíčovou úlohu. Z výzkumů i praxe vyplývá, že bez zpochybňování patří mezi základní klinické kompetence lékaře a na školách by jako taková také měla být a většinou i je vyučována. Mnoho z lékařů „v terénu“ se však stále domnívá, že se jí učit nemusí a že kurzy komunikačních technik jsou pro ně zbytečné. Není tomu tak. Kvalitní schopnost komunikace není osobnostní charakteristikou, darem. Jedná se o řemeslo, které lze zdokonalovat a v rámci vzdělávání lékařů by si je měli medicí osvojit (Honzák, 1997). Lékařská komunikace představuje specifický obor komunikace zahrnující celou řadu komunikačních dovedností. K rozvoji těchto dovedností nestačí pouhá zkušenost (a to i pokud vezmeme v potaz, že každý lékař vykoná během svého života až 200 000 konzultací), ale naopak je třeba lékařskou komunikaci cíleně rozvíjet. Lékaři mají totiž tendenci konzultovat ve stále stejném schématu, opakovat stále ty stejné chyby (Honzák, 1997) (Beran, 2010). V posledním čtvrtstoletí je na lékaře kladen apel, aby se v komunikačních dovednostech vzdělávali, protože výzkumy jasně ukazují, že komunikace má vliv na:

- přesnost stanovení diagnózy (Verheul, 2010);
- účinnost léčby, délku léčby (Hojat, 2011);
- množství použitých diagnostických metod a přeposílání k dalším odborníkům (a tím také na náklady na léčbu) (Bertakis, 2011);
- spokojenost pacienta (van Dulmen, 2004) (Kim, 2004) (Verheul, 2010) (Johat, 2010);
- dodržování léčebných doporučení pacientem (compliance) (Zolnierek, 2009) (Kim, 2004).;
- množství medicínsko-právních sporů (Trzeciak, 2017).

Do osnov jsou tak v poslední době zařazovány tréninky komunikačních technik, ke kterým se vrátíme v jedné z dalších kapitol.

2.2 Fáze rozhovoru lékaře s pacientem

Rozhovor lékaře s pacientem představuje specifický druh rozhovoru, který by měl mít danou strukturu a který by měl budovat vztah lékaře s pacientem. V učebnicích lékařské komunikace se posledních dvacet let nejčastěji uvádí **Calgary-Cambridgeho**

model lékařské konzultace který definuje pět základních fází rozhovoru, jimiž jsou: Začátek rozhovoru, shromažďování informací, vyšetření pacienta, vysvětlení a plánování, a nakonec fáze uzavření (Silverman, 2016) (Ayers, 2015) (Tate, 2005).

Začátek rozhovoru slouží k navázání vztahu lékaře s pacientem, vytvoření důvěry, vysvětlení pacientovi, jaké jsou lékaři kompetence, zarámování rozhovoru časem. v této fázi by měl také lékař základně zmapovat, proč přibližně za ním pacient přichází, a tak se mohl naladit na další fázi.

Fáze *shromažďování informací* představuje sama o sobě specifický druh rozhovoru, který bývá nazýván jako rozhovor anamnestický (pokud bychom sloučili tuto fázi a fázi následující, jednalo by se pak o rozhovor anamnesticko-diagnostický, o němž se v dalších odstavcích ještě zmíníme). Během něj lékař zpřesňuje důvod pacientovi návštěvy, prozkoumává jeho problém, snaží se porozumět pacientovu pohledu, získává informace o pacientově historii a tak dále.

Na základě získaných informací od pacienta lékař přistupuje k *vyšetření pacienta*, k jednotlivým diagnostickým metodám, měřením, aby si ověřil svoji hypotézu o pacientově diagnóze.

Fáze *vysvětlení a plánování* pomáhá lékaři ujasnit si, jestli pacientovi správně porozuměl a naplánovat s ním postup léčby. Světlo vnáší lékař nejenom do svého vzhledu do pacienta, ale také do diagnózy, kterou stanoví a snaží se ji vysvětlit pacientovi.

Během *uzavření* sezení lékař shrnuje vše vyřčené, plánuje s pacientem jeho další postup, domlouvá se na další návštěvě a také se ujišťuje, že pacient vše pochopil a nemá již dalších otázek (Tate, 2005)(Ayers, 2015).

2.3 Anamnesticko-diagnostický rozhovor

Lékařský rozhovor se skládá z dílčích druhů rozhovoru. U druhé fáze Calgary-Cambridgeho modelu lékařské konzultace jsme zmínili **rozhovor anamnestický**. Psychiatr Jiří Beran, který se během svého života zabýval možnostmi integrace principů psychoterapie do klinické medicíny, upozorňuje, že by anamnestický rozhovor neměl být zaměňován za rozhovor lékaře s pacientem v psychoterapeutickém smyslu a že by také

měl být vždy doprovázen právě terapeutickým rozhovorem (Beran, 1997). Cílem anamnestického rozhovoru je získání informací o pacientovi, které lékaři pomohou zformulovat hypotézu o pacientově možné diagnóze. Tuto diagnózu si pak lékař ověřuje pomocí diagnostických metod a přechází se dále k rozhovoru diagnostickému. Protože anamnestický a diagnostický rozhovor na sebe přímo navazují a v průběhu rozhovoru se mezi nimi často plynule přechází, bývají oba druhy rozhovoru shrnuty pod rozhovor anamnesticko-diagnostický (Raudenstská, 2011).

2.3.1.1 Charakteristiky anamnestického rozhovoru.

Anamnestický rozhovor je **strukturovaný** a jeho struktura bývá často ustálena následovným způsobem.

Základní informace o pacientovi. Pokud se nejedná o první kontakt lékaře s pacientem, tyto informace již doktor zná a má je zapsané v kartotéce. Jsou to informace o jménu, věku, dosaženém vzdělání, rodinném stavu, prodělaných onemocněních a kontaktu na pacienta.

Popis současných obtíží. Pacient vlastně podá informaci o tom, co ho k lékaři přivádí. Povaha informace se liší dle pacientů, někteří přímo uvádějí, jakou se domnívají, že mají diagnózu, jiní sdělují své somatické symptomy a nezřídka se také stává, že pacienti v informacích také zahrnou to, jak se cítí ve vztahu k nemoci. Na poslední druh informací je důležité vždy zareagovat, což bude rozebráno v kapitole o empatickém chování a jednání.

Historie obtíží. Zde lékař zjišťuje, kdy současné obtíže začaly, jak se dosud vyvíjely a také to, jak pacientův běžný život narušují.

Zhodnocení důležitých orgánových soustav. Lékař kladením otázek na jednotlivé orgány mapuje, kde všude se obtíže projevují, protože se občas stává, že pacienti zapomenou nějaký syndrom zmínit nebo jej neřeknou prostě proto, že se domnívají, že s problémem, se kterým k lékaři přišli, nesouvisí.

Poslední zdravotní historie. Zjišťuje se souvislost aktuálního stavu s minulými prodělanými chorobami, pobyty v nemocnici, operacemi, úrazy nebo také nedávným těhotenstvím či potratem.

Rodinná anamnéza. Souží k prozkoumání dědičných faktorů, ale také zjištění pacientových zkušeností ohledně nemoci.

Sociální anamnéza. Je už na pomezí s terapeutickým rozhovorem. Lékař se zde snaží zmapovat, jak vypadá běžný život pacienta, jak tráví volný čas, kdo je mu oporou, jaká je jeho životospráva, jestli kouří, pije, sportuje, jak často bývá vystaven stresujícím situacím a podobně. Tyto informace slouží lékaři jako ukazatel, jak má být následující rozhovor terapeutického charakteru veden a jaká léčebná doporučení by mohla být pro pacienta vhodná.

Strukturovanost rozhovoru doprovází podoba jeho komunikačního toku. Je lineární. Rozhovor je více v rukou lékaře, který vystupuje v autoritativnější roli a rozhovor vede **kladenými otázkami**. To, jaký druh otázky lékař použije, by mělo záležet na konkrétní situaci. Zohledňuje se jak to, v jaké fázi rozhovoru se lékař s pacientem nacházejí, ale také to, jakou diagnózu lékař předpokládá a jak závažný je pacientův stav. Například u akutních stavů se užívají hlavně **otázky uzavřené**, které lékaři rychle zpřesňují obrázek o situaci a pacienta nevyčerpávají. Tento druh otázek se také používá v pozdějších fázích rozhovoru, kdy si lékař potřebuje zpřesnit již získané informace. Nebezpečím uzavřených otázek ale je, že jejich přemíra může v pacientech vyvolávat úzkost, protože se mohou cítit jako u výslechu, a to jejich vztahu s lékařem rozhodně neprospívá. v běžných konzultacích by se proto rozhodně nemělo začínat otázkami uzavřenými, ale otevřenými (Raudenská, 2011).

Otevřené otázky lékaři pomáhají zjistit co možná nejvíce informací o pacientovi. Ne vždy jde však o informace týkající se pouze pacientových aktuálních zdravotních obtíží,. Řada lékařů se jich často obává, nebo je pokládá za zbytečně zdlouhavé a neefektivní (Leathy et al., 2003). Proti této domněnce však hovoří výzkumy prováděné na toto téma. Slavný výzkum z roku 1984 upozornil na smutnou skutečnost, že lékaři pacienta přeruší v průměru už po osmnácti sekundách, aniž by je nechali dořici myšlenku. A pokud se jedná o několikátou konzultaci, kterou daný den lékař vede, často pak pacienta přerušuje již po první větě. Pouze jeden z padesáti jedna přerušovaných pacientů pak po přerušení v průběhu rozhovoru svou myšlenku dokončí (Beckamn a Frankel, 1984). Je možné namítnout, že tak tomu bylo před pětatřiceti lety a výzkum se již nevztahuje na dnešní lékaře. Proto se podívejme ještě na jeden výzkum, který se po letech rozhodl položit stejnou otázku. V červenci minulého roku se vědci rozhodli za tímto

záměrem zanalyzovat 112 třicetiminutových nahrávek konzultací pořízených během výzkumu ohledně aplikace modelu sdíleného rozhodování. Z tohoto počtu nahrávek jich ke zkoumání bylo vhodných čtyřicet a z těchto čtyřiceti bylo dvacet sedm případů, kdy došlo k přerušení pacienta během úvodního rozhovoru (považme, že se tedy jedná o 67%). A nyní přichází odpověď na stejnou výzkumnou otázku jako před lety. Navzdory očekávání byl průměrný čas, který pacient mluvil před přerušením, ještě kratší než u klasického výzkumu, přesně se jednalo o pouhých jedenáct sekund. Ještě jedna věc stojí za zmínění. Pokud pacienty lékaři nechali mluvit bez přerušení, pacienti mluvili maximálně sto osm sekund, což nejsou ani dvě minuty. Další výzkum z tohoto roku zabývající se stejnou otázkou přišel s téměř totožnými výsledky a totiž, že medián délky monologu pacienta na začátku konzultace je pouhých osmdesát devět sekund (Imran, Doltani, Sauders, 2019). Oba výzkumy tak podpořily i výsledky původního experimentu, který uváděl maximální čas sto padesát sekund. Z toho plyne, že se za posledních třicet pět let lékaři stali ještě více netrpělivými a pacienti ještě stručnějšími. Důvod, proč tyto výzkumy zmiňujeme právě u problematiky uzavřených a otevřených otázek je ten, že lékaři, kteří své pacienty takto brzy po začátku konzultace přerušili, je v téměř šedesáti procentech případů přerušili právě pomocí uzavřených otázek (dalšími způsoby bylo nějaké prohlášení, méně časté pak dokončení jejich věty) (Ospina, Philips, 2019). Obava lékařů z toho, že se doba konzultace prodlouží, pokud pacienta nechají vyprávět svůj příběh nemoci, je tedy mylná. Navíc je třeba říci, že zde nejde jenom o rozměr času. Přerušení pacientů v průběhu jejich vyprávění také ovlivňuje jejich spokojenost s konzultací, dále způsobuje ztrátu důležitých klinických informací (pacienti nestihnou uvést, že mají další příznak apod.) a mění konzultaci ze zaměřené na pacienta na zaměřenou na lékaře. Na tyto aspekty upozornila již zmíněná slavná studie z roku 1984. V našem století se objevila spojitost mezi ještě jednou věcí a to je, že přerušení pacienta koreluje s nedodržováním léčebného plánu (non-adherencí) a to, jak už víme, vede k prodloužení léčebné péče (Zolnierek a DiMatteo, 2009). Poslouchat pacienta se tedy opravdu vyplácí, proto se k poslouchání jako dovednosti vrátíme v kapitole o komunikačních dovednostech lékaře.

Další možné otázky v anamnestickém rozhovoru jsou **otázky alternativní**, které nabízejí výběr odpovědi z více možností. Rozhodně by se také nemělo zapomínat na **otázky kontrolní**, které slouží k tomu, aby si lékař ujasnil, jestli pacientovi správně porozuměl a naopak, jestli pacient správně porozuměl jemu. Otázky, kterým by se měl lékař v rozhovoru ale vyhnout, jsou **otázky sugestivní**. Lékaři je často kladou ve chvíli,

kdy už mají před očima diagnózu a pacienta těmito otázkami tak nějak žádají o další důkaz, jímž by si diagnózu potvrdili. Lékař by si proto měl být tohoto mechanismu vědom a dávat si pozor, aby nesklouzával k sebenaplňujícím se proroctvím (Raudenská, Javůrková, 2011).

Protože cílem anamnesticko-diagnostického rozhovoru je již zmíněná diagnóza a z té plynoucí návrh léčby, které spadají pod oblast zájmu lékaře, je tento rozhovor rozhovorem **orientovaným na lékaře**. Na pacienta by se ale nemělo zapomínat ani při anamnesticko-diagnostickém rozhovoru. Ke znakům na lékaře orientovaného rozhovoru by se měly přidat znaky komunikace orientované na pacienta. Například to, že pokud se pacienta na něco lékař ptá, měl by mu vysvětlit, proč se na to ptá, a tím tak snížit jeho již zmiňovaný možný pocit výslechu místo vyšetření. Jak při anamnestickém rozhovoru, tak při diagnostických měřeních by tedy neměl chybět doprovod empatického chování, o němž bude řeč v další z kapitol (Raudenská, 2011)(Beran, 1997).

3 Klíčové komunikační dovednosti lékařů a s nimi spojené intervence vedoucí ke zlepšení vztahu lékaře a pacienta

Jak již bylo zmíněno v kapitole týkající se lékařské komunikace jakožto klíčové klinické kompetence, komunikační zdatnost lékařů je otázkou řemesla. Lékař se ji tedy musí naučit a cíleně ji kultivovat. Proto je dobré nemluvit o komunikačních schopnostech, ale o komunikačních dovednostech, protože dovednosti jsou definovány jako „*učením získané dispozice* ke správnému, rychlému a úspornému vykonávání určité činnosti vhodnou metodou“ (Hartl, Hartlová, 2004). Co však do těchto komunikačních dovedností lékaře spadá? v odborných kruzích nejsou výčty komunikačních dovedností lékařů jednotné, neexistuje žádný ustálený seznam. Existuje však několik dovedností, na kterých se většina učebnic i výzkumů shodne a o těch zde bude pojednáno. Zkusme se jich ale dobrat ještě jinou cestou, a to přes optiku pacientů.

Jedna studie zveřejněná v minulém roce analyzovala, na co si pacienti u svých lékařů nejčastěji stěžují. Analýze výzkumníci podrobili třicet osm negativních zpětných vazeb pacientů. To, že si pacienti ztěžovali na komunikaci lékařů, nemusíme snad ani zmiňovat, zajímavé ale je, že jejich výsledky dobře mapují základní komunikační dovednosti lékařů. Identifikovány byly následující kategorie (Kee, Khoo, Lim, 2018)..

Nejpočetnější kategorií byly chyby v **neverbální komunikaci**, které zahrnovaly nedostatečný *oční kontakt*, nevhodný *výraz v obličeji* a nevyhovující *paraverbální projevy*.

U chyb ve **verbální komunikaci** byla zmíněna nevhodná *volba slov* a častá absence *aktivního naslouchání* suplovaná zahlcujícím množstvím uzavřených otázek.

Obsah sdělovaných informací byl pacienty kritizován kvůli nedostatečnému *množství informací* a také kvůli jejich *kvalitě*.

Poslední kategorií, na kterou však padaly stížnosti pacientů nejčastěji, byl špatný **přístup lékaře k pacientům**, který v sobě obsahoval nedostatek *respektu* a *empatie* vůči pacientovi (Kee, Khoo, Lim, 2018).

Před touto studií, byla provedena jiná, často citovaná přehledová studie z roku 2013, která si vytyčovala za cíl objevit „osvědčenou praxi“ v komunikaci lékaře v přístupu zaměřeném na pacienta. Po podrobné analýze nároků pacientů, korelací komunikačních situací a pacientovi spokojenosti, adherence, zpětného vybavení informací, léčebných výsledků a negativních dopadů na pacienta bylo objeveno šest základních oblastí, na které by se měli lékaři při tréninku svých komunikačních dovedností zaměřit. Tyto „osvědčeně důležité“ oblasti byly:

Posílení vztahu lékaře s pacientem. Ve výčtu dovedností s ním spojených bylo řádné přivítání/pozdravení pacienta, udržování očního kontaktu, aktivní naslouchání, užití odpovídajících slov a podpoření pacienta v účasti na hledání správné diagnózy a léčby.

Shromažďování informací. Dovednostmi zde jsou kladení otevřených otázek, dovolení pacientovi, aby dokončil, co chce lékař sdělit (vzpomeňme na odstavec o důležitosti nepřerušování pacienta), znovu aktivní naslouchání, dále zjištění všech obav pacienta a také jeho úhlu pohledu na nemoc, vysvětlení všech aspektů týkajících se pacientovy nemoci, a nakonec neustálé upřesňování a shrnování získaných informací.

Poskytování informací. Dovednosti spočívají ve vysvětlení povahy problému a přístupu k diagnóze a následné léčbě, podání pacientovi jednoduchých, srozumitelných vysvětlení a instrukcí, během řeči neužívat žargonu a komplikovaných sdělení, podpořit pacienta v kladení otázek a kontrolovat, zdali pacient všemu porozuměl.

Rozhodování. Zahrnuje dovednosti znovu podpoření pacienta v tom, aby se účastnil na rozhodování o léčbě, načrtnutí mu možností léčby, zjistit, co pacient preferuje a zdali všem možnostem rozumí.

Umožnění ozdravného chování. Tato oblast je poněkud komplikovanější na popsání, jde o to, že se lékař snaží pacientovi usnadnit začátek a průběh léčby, změnu životního stylu a tak podobně. Zároveň také lékař pacienta podporuje v tom, aby si pacient léčbu přizpůsobil a korigoval ji. Dovednostmi

tedy jsou posouzení pacientovy připravenosti k nastolení léčby a zjištění, jaké jsou pacientovi myšlenky ohledně léčby, jeho rozhodnutí a cíle.

Odpověď na emoce. Představuje poslední z oblastí a jsou v ní obsaženy dovednosti potvrdit a vysvětlit pacientovi emoce, vyjádřit empatii, sympatii, utiřit pacienta, nabídnout pacientovi pomoc s vypořádáním se s emocemi a také zhodnotit míru pacientova distresu (King, Hoppe, 2013).

Z obou dvou představených studií vyplývají určité dovednosti, které jsou kladeny na první místa i v učebnicích lékařské komunikace. Jsou jimi práce s **neverbální stránkou komunikace**, **aktivní naslouchání**, adekvátní **předávání informací pacientovi**. Pod kategorií přístupu lékaře k pacientovi z prvního výzkumu můžeme zařadit oblast odpovědi na emoce z výzkumu druhého. A pokud z předposlední a předposlední oblasti druhého výzkumu uděláme maximum, dobereme se znovu k nutnosti respektu ve vztahu k pacientovi, která je zahrnuta v kategorii prvního výzkumu pod názvem přístup lékaře k pacientovi. Shrnuto tak dostáváme dovednost týkající se empatie lékaře, o níž si později řekneme, že je vhodné ji nazývat **empatickým chováním a jednáním**.

3.1 Aktivní naslouchání

Ukázali jsme si, proč by lékař neměl pacienta během jeho vyprávění přerušovat. Nyní se podíváme na to, co by tedy během pacientovy promluvy dělat měl – aktivně mu naslouchat. Nejde o pouhé poslouchání toho, co pacient říká. Je třeba naslouchat celé jeho bytosti, věnovat pozornost paraverbální stránce sdělení, mimice, gestům pohybům i kontextu, v jakém to pacient říká. Zároveň je také třeba dát pacientovi i něco ze sebe, dát mu o svém zájmu o jeho sdělení a o jeho osobu vědět. Mnemotechnickou pomůckou pro rozlišení poslouchání a naslouchání, může být rozložení slova naslouchat na na-slouchat. „na“ je nabídkou: „Na, dávám ti kus ze sebe, svůj čas, pozornost a respekt.“ Po-slouchání by mohlo být interpretováno jako „pouhé slyšení“. Pro tuto vyslovenou účast poslouchajícího je aktivní naslouchání někdy nazýváno jako zúčastněné naslouchání. Jak ukazují různé teorie zabývající se efektivní či nenásilnou komunikací, je dobré si před každou fází rozhovoru uvědomit, co si od něj slibujeme (Rosenberg, 2013). Cílem, o který se při naslouchání lékař snaží, je porozumění pacientovi. A to jak co do symptomů, tak také co do pocitů s nimi spjatými. Snaha porozumět s sebou nese

požadavek *respektu* k druhému jako další lidské bytosti. Respekt, jako požadavek partnerského přístupu, je postojem nikoli dovedností. Je kvalitou interpersonální komunikace, která se projevuje v jednání s druhými (Beran a kol, 2010). Tento respekt by měl být zřetelný ještě před začátkem samotného aktivního naslouchání. Lékař to může udělat tím, že si vytvoří vhodné prostředí pro rozhovor pomocí *strukturace času* (dá pacientovi jasně najevo, že si na něj udělal čas, během kterého ho nikdo nebude vyrušovat) a také *strukturace prostoru* (místnost by měla být bez rušivých podnětů, hlavně hluku a měla by poskytovat soukromí) (Beran a kol, 2010).

Během lékařské konzultace hraje roli také to, kam lékař pacienta posadí. Jako nejvhodnější uspořádání židlí je takové, kdy lékař a pacient sedí ve vrcholech trojúhelníku a jejich pohledy se střetávají ve vrcholu posledním. Při posedu u stolu se toto uspořádání řeší dáním židlí do pravoúhlého trojúhelníku přes roh stolu. v tomto úhlu je lékaři i pacientovi umožněn pohled z očí do očí a zároveň je kdykoli možné odhlédnout jinam, což vyvolává uvolněnější atmosféru oproti sezení naproti sobě, které evokuje kompetitivní nebo naopak obranné reakce. Bylo také zjištěno, že pacient by neměl sedět zády do otevřeného prostoru, obzvlášť by si na to lékaři měli dávat pozor, pokud se v ordinaci pohybují ještě další lidé. Ukazuje se totiž, že u takto usazených pacientů stoupá dechová frekvence, tep a tlak krve (Beran, 1997).

Aktivní naslouchání je charakterizováno několika základními technikami. První z nich je **vyladění se** na pacienta. Lékař by se měl dostat na podobnou energetickou hladinu jako pacient, i když by měl mít vždy o trochu energetičtěji vystupování než pacient. Postavení jeho těla by pacientovi mělo dávat najevo zájem. Měl by k pacientovi být natočen trupem a hlavu mít v podobné úrovni jako je hlava pacienta. Důležité také je, aby se lékař na konzultaci posadil a nezůstal stát, což bude rozebráno v kapitole o neverbální komunikaci. Další technikou je **povzbuzování**. Jde o to, že by lékař měl pacienta verbálními („Ano, poslouchám vás, jen pokračujte.“) i neverbálními prostředky (přikyvování, oční kontakt, zaujatý výraz v obličeji) stimulovat k pokračování v povídání. Povzbuzování pacientovi ukazuje zájem o jeho slova a také to, že lékař stále drží linku pacientova hovoru. Současně s povzbuzováním by měl lékař pravidelně **shrnovat** pacientova slova pomocí parafráze. Parafrázování může lékař také použít během **vyjasňování** a to tak, že přeformuluje pacientovu větu, které nerozuměl a zeptá

se jej, jak přesně daná slova myslel nebo jestli je lékař chápe správně. Shrnování a vyjasňování jsou **zpětnou vazbou** pacientovi a ukazují mu nejenom, že mu lékař opravdu naslouchá, ale také mu nastaví zrcadlo toho, co už sám stihl říci a je mu tak dána možnost nějaké informace poopravit nebo zpřesnit. Další technika byla převzata z psychoterapie a slouží k posílení vztahu, prohloubení důvěry a spolupráce mezi lékařem a pacientem a také k tomu, že pacienta pozvedne na náladě a tím ho často i povzbudí k dalšímu vyprávění. Jde o techniku **oceňování**. Lékař může pacienta ocenit za to, jak otevřeně s ním hovoří, že dodržuje léčebná doporučení a podobně (Plaňava, 2005)(Ptáček, Bartůněk a kol., 2011).

3.2 Neverbální komunikace

V předchozí kapitole o aktivním naslouchání jsme zmínili, že není důležité jen to, co pacient říká, ale také jak to říká. To samé platí též u lékaře. Bylo by velmi zjednodušující, kdybychom pod komunikací chápali pouhá pronášená slova. Představme si kupříkladu úvodní lékařovu větu: „Co vás ke mně přivádí?“ pronesenou lékařem zaměřeným paternalisticky a lékařem, který naproti tomu bere pacienta jako partnera. Můžeme si být jisti, že se tyto otázky budou svým konotačním významem opravdu velmi lišit a v pacientovi vyvolají jinou emoční reakci, přimějí ho odpovídat odlišným způsobem i obsahem a v jeho hlavě také udělají odlišný obrys toho, jaký je jeho vztah s lékařem. Slova však jsou v obou případech stejná. Co je tedy odlišné? Obě otázky se liší v tom, jak při nich lékař komunikuje svým tělem. Neverbální komunikace zahrnuje vše další, co se krom slov týká komunikace. Od dob, kdy začala být neverbální komunikace studována, se uváděly různě velké poměry, kolik informace je neseno verbální a kolik neverbální složkou a stále je trend uvádět taková čísla, která říkají, že neverbální složka řeči nám přináší více informací než ta verbální (důležité také je, jestli verbální a neverbální složka nesou stejnou informaci, tedy jestli je sdělení *kongruentní*) (Beran, 2010)(Ptáček, 2011). Z čeho se tedy neverbální složka skládá? Zmíníme se o některých jejích složkách, které na pacientovu spokojenost a další proměnné mají výrazný vliv.

3.2.1 Paraverbální komunikace

U zdravé populace je každá lidská promluva realizována výdechem vzduchu z plic, který následně rozkmitá hlasivky, a tak vznikne zvuk – hlas, pomocí kterého můžeme sdělit naši myšlenku. Můžeme měnit intonaci, rychlost, hlasitost řeči, frekvenci

výskytu pauz a také tón samotného hlasu. Například se ukázalo, že příjemný hlas lékaře koreluje se spokojeností pacientů, adherencí k léčbě a také s jejich pocitem, že co se týče léčby, mají na výběr (Haskard, 2009). Množina těchto neverbálních prostředků, které určují, jak budou slova pronesena, je shrnuta pod názvem *paraverbální projev řeči*. Paraverbální složka, i když je často pokládána za neverbální komunikaci v užším smyslu slova, ale není jedinou komponentou, která promluvu doprovází (Beran, 2010).

3.2.2 Výraz v obličeji.

Oční kontakt je jedním z nejsilnějších nástrojů, jakými člověk v rámci komunikace disponuje. Pomocí pohledu můžeme ukázat zájem, zalíbení, napojení na druhého člověka. Některé výzkumy dokonce naznačují, že člověk pohled cítí, i když nevidí oči druhého. Pomocí očního kontaktu většina lidských vztahů začíná a je jím také udržována. Ne nadarmo se říká, že „oko je okno do duše“. Často citovaná studie ze začátku milénia ukázala, že z očí druhého získáváme mnoho informací o jeho emočním stavu v daný moment. I krátký, ale intenzivní oční kontakt u lidí může způsobit velmi rychlé navázání vztahu (přímý pohled má vliv na sekreci oxytocinu, kterému bývá přezdíváno „attachement hormon“) a vytvoření si intuitivního obrazu o tom, jaká je asi minulost druhého člověka (Baron-Cohen, 2001). Proto by lékař na tento silný nástroj neměl zapomínat. Může jej využít nejen k navázání vztahu, ale také k diagnostice. O pár řádků výše zmíněná studie srovnávala zdravou populaci s lidmi trpícími autismem, kteří jak známo oční kontakt udržovat nezvládají a není jim příjemný. Problém s očním kontaktem mají také schizofrenici. Jiné studie objevily, a nové jistě ještě objeví, další diagnózy, kde schopnost udržení očního kontaktu představuje dobrý diagnostický nástroj. Z pohledu do očí také může lékař vyčíst případnou hanbu, která je vodítkem k dalším informacím (lež, nedodržování léčby, sebepoškozování a podobně) (MacDonald, 2009).

Oční kontakt z neverbálního chování nejvíce koreluje s vnímaným empatickým chováním lékaře (Deladisma, 2007). Stejně tak bylo zjištěno, že pacienti (obzvláště ti s nižším vzděláním) cítí větší důvěru k lékařům, kteří jim svůj přímý pohled věnují (Hillen, 2015). Pokud se člověk podívá do očí druhého, je také větší skóre v jeho rekognici (Mason, 2004). Lékaři, kteří se zpřímá dívají svým pacientům do očí, si je častěji zapamatují. To se následně kladně odráží v jejich vztahu. V lidském mozku byly objeveny speciální neurální obvody, které oční kontakt zpracovávají. A ve vztahu ke kapitole o aktivním naslouchání je též třeba zmínit, že tyto okruhy jsou si velmi blízké s těmi, které zpracovávají lidský hlas (Porges, 2003).

Vše výše zmíněné naznačuje, že se lékaři opravdu vyplatí, aby oční kontakt s pacientem navázal a udržoval. Přesto ve většině výzkumů nepřesáhne výskyt očního kontaktu 50 %. Pravděpodobnost očního kontaktu se zvyšuje s tím, jak se snižuje věk lékaře a zvyšuje věk pacienta. Nebyly nalezeny rozdíly mezi pohlavím lékařů a frekvencí očního kontaktu (Zantinge, 2007). Našly se ale rozdíly mezi jednotlivými zeměmi, kde výskyt očního kontaktu variuje o víc jak 20 % (van Brink-Muinen, 2003). Hlavním konkurentem pro oči lékaře bývá obrazovka počítače, kam si lékaři zaznamenávají informace, které od pacienta získávají. Počítač je také důvodem, pro lékařovu pozici těla, o které se zmíníme v následující podkapitole kapitole.

Výraz v obličeji však nezahrnuje pouze oční kontakt. Druhou významnou proměnnou je úsměv lékaře. Studie z roku 2015, která poukazovala korelaci mezi důvěrou pacientů v lékaře a jejich očním kontaktem, sice neobjevila stejnou korelaci mezi důvěrou a úsměvem lékaře, zjistila ale, že výskyt úsměvu pozitivně koreluje s pacientovým vnímáním lékaře jako přátelského a starostlivějšího, což ve výsledku vede k tomu, že takového lékaře by častěji doporučili svým známým (Hillen, 2015).

3.2.3 Pozice těla

Nejvýraznější dvě pozice těla, kterých si všimne každý pacient, jsou pozice sedícího a stojícího lékaře. Na to, jak posed lékaře ovlivňuje pacientovo vnímání, se zaměřilo několik studií. Bylo zjištěno, že sedícího lékaře pacienti vnímají jako empatičtějšího a klidnějšího (Strasser, 2005) a co je také zajímavé, pacienti mají pocit, že jim lékař věnoval více času, když se posadil, i když tomu tak v porovnání se stojícím lékařem objektivně není (Swayden, 2012).

Další věcí, kterou mohou lékaři ovlivnit, je jejich naklonění těla blíže k pacientovi. Byly objeveny významné rozdíly mezi tím, jak silný vztah je mezi lékařem a pacientem (jak moc vzájemně spolupracují a cítí k sobě sounáležitost) a jak často se lékař k pacientovi naklání. Lékaři, kteří s pacientem mají silný vztah, se k němu naklánějí častěji. Častěji také mají symetrickou pozici paží, nohy a paže mívají po většinu času nepřekřížené a častěji přikyvují (což jsme již zmiňovali v kapitole o aktivním naslouchání) (Harrigan 1985). Další studie ukázala, že pacienti těch lékařů, kteří se k nim častěji naklánějí a mají méně často zkřížené paže a nohy, jsou spokojenější (Rimondini, 2010).

3.3 Dovednosti empatického chování a jednání

Ve většině českých učebnic komunikace pro lékaře se mezi komunikační dovednosti zahrnuje přinejmenším odstavec věnovaný empatii (Ptáček, 2011) (Beran, 2010) (Křivoláký, 2002) (Venglářová, 2006) (Linhartová, 2007) (Beran, 1997) (Honzák, 1997). v cizojazyčných publikacích a článcích (Tate, 2005), obzvláště těch z poslední doby (Moore, 2018) (Silverman, 2016), bývá tato část nazývána také jako „compassion“. V učebnicích je jí díky výzkumům, které ukazují, jak velkou roli v léčebném procesu zastává (McClelland, 2014) (Verheul, 2010) (Derksen, 2013) (Trzeciak, 2017), věnován stále větší a větší prostor. Jde totiž o faktor, který stojí za většinou netechnologických změn, ke kterým v lékařství v současné době dochází. Za samotným obratem od paternalistického modelu k partnerskému stojí totiž na prvním místě právě empatie a compassion. Proto jí bude věnován ze všech komunikačních dovedností největší prostor.

3.3.1 Problematické definice empatie, sympatie a compassion

Ačkoliv je empatie nebo compassion (do češtiny nejbližší, ale ne nejpresněji, překládáno jako vcítění, soucítění či soucit) skloňována v diskurzech o povaze současné a budoucí moderní medicíny velice často (Derksen, 2013), není snadné oba pojmy definovat. Slova, která popisují lidské sociální vztahy a subjektivní emoce se velmi špatně definují a často mezi nimi vznikají obsahové překryvy (Beran, 1997). Nejprve se podívejme na další slovo, oběma předchozím slovům velmi blízké, a to slovo *sympatie*. Etymologicky je na tom se slovem compassion obdobně: „sym- pathos“ a „com-pathos“, kde předpony „sym“ a „com“ obě znamenají spolu/ společně. Sloveso „pathos“ pak znamená trpět/ cítit. Složeniny tedy nesou význam sdíleného prožívání (Online Etymology Dictionary, 2019). Podle článku z nedávné doby, který se snažil přijít na kloub definicím těchto stále v medicínském kontextu frekventovanějších, jsou sice oba pocity pociťovány ve chvíli, kdy někdo trpí, compassion je však svým dosahem silnější, neboť ten, kdo cítí compassion (vcítuje se do druhého), pociťuje ve stejný moment silnou touhu pomoci druhému. Je v jeho trápení angažován a chce je zmírnit, což odráží naši potřebu sociálních vztahů (Jeffrey, 2016).

S termínem sympatie operuje také již zmíněný Beran (Beran, 1997), když v kontrastu k němu popisuje empatii. Sympatie je podle něj o sdílení a společném pociťování emocí druhého člověka, zatímco empatie je charakterizována kognitivní operací, porozuměním situací a emocím druhého člověka. Jasněji řečeno, pokud

sympatizujeme s druhým, cítíme, co cítí on, pokud jsme však empatičtí, pouze víme, co druhý pociťuje, aniž by se tento emoční proces děl v nás samotných. S tímto vymezením souhlasí také další články ze světových časopisů (Colliver, 2010). Z etymologického pohledu slovo *empatie* obsahuje předponu „en“, která znamená blízko/ v, což nám vlastně říká, že pocity druhého nám jsou blízké, známé, neevokuje to však, že jsou nám s druhým společné.

Když se podíváme na výzkumy zabývající se jak *compassion*, tak *empatií*, je patrné z toho, jak implicitně pojmy definují, že s termíny *compassion* a *empatie* zacházejí jako se synonymy. Pokud tedy v následujících řádcích budeme hovořit o *empatii*, budou v ní zahrnuta sémantická pole obou termínů, *empatie* i *compassion*.

3.3.2 Empatie versus empatické chování a jednání

Ačkoliv se definice *empatie* různí, většina zdrojů (Jeffrey, 2016) (Wündrich, 2017) (Riess, 2012)(Derksen, 2013) se shoduje na tom, že má *empatie* tři dimenze spjaté se třemi úrovněmi *empatie*. Někdy se přidává i dimenze čtvrtá – morální, která v sobě zahrnuje *empatii* jako altruistickou sílu a ve zde představovaném pojetí se částečně překrývá s dimenzí přístupu (Wündrich, 2017):

Nejprve zde máme *empatii* jako *přístup* k druhému, projevující se na úrovni **emoční**. Tento přístup se opírá o autoritu morálky lékaře, o níž jsme hovořili v předchozích kapitolách. Zahrnuje respekt k druhému a jeho autenticitě, zájem o druhého člověka, nepředpojatost a všímavost. Schopnost tohoto přístupu se utváří v každém člověku v průběhu socializace a u lékařů by se měla dál formovat v průběhu lékařského vzdělání, osobních zkušeností s pacienty a tak podobně (to, že v průběhu profesního vývoje lékařů není křivka vývoje přímá, bude pojednáno v jedné z dalších podkapitol) (Derksen, 2013).

Druhou dimenzí *empatie* je *empatie* jako *kompetence* a to na úrovni **kognitivní**. Tato lékařská kompetence se dá ještě dále rozdělit na tři subdovednosti:

empatické dovednosti zahrnují to, jak lékař dokáže zjistit, co se asi v pacientovi v daný moment odehrává a na základě tohoto *empatického* vhledu je pak schopen klást otázky citlivě, ale efektivně;

komunikační dovednosti slouží ke kontrole, objasnění, podpoře, porozumění, rekonstrukci a zamyšlení se nad vnímáním myšlenek a pocitů pacienta (patří sem také některé z dovedností aktivního naslouchání);

schopnost vybudovat důvěrný a dlouhodobý vztah mezi lékařem a pacientem umožňuje lékaři s pacientem souznít na emocionální bázi, což je důležité pro veškerou komunikaci lékaře s pacientem (Derksen, 2013).

Třetí dimenzí empatie je empatie jakožto *chování* mající dvě části. Část kognitivní zahrnuje verbální a neverbální komunikaci. Část afektivní zahrnuje uznání pacientova emocionálního stavu a situace, dále schopnost být pohnutý a rozpoznat pocity identifikace s někým, kdo trpí, je zlostný nebo pocituje zklamání či žal – díky tomu může toto lékař reflektovat ve svém chování a promluvách k pacientovi (Derksen, 2013).

Empatie tedy představuje velmi obsáhlý a komplikovaný proces. Carl Rogers, který otevřel pojmu empatie vstupní bránu do světa psychologie, ji považoval za jednu ze tří klíčových komponent jeho terapie zaměřené na klienta (Neumann, 2011). Dále mezi ně patří akceptace klienta (jeho bezpodmínečné přijetí), která odpovídá empatii jakožto přístupu v předchozím schématu, protože je právě oním vyladěním lékaře či terapeuta na klienta. Trojici pak uzavírá požadavek na terapeutovu autenticitu, na to, jak je kongruentní (například jak si odpovídá jeho verbální a neverbální složka komunikace), opravdový. Díky Rogersovi a jeho následovníkům se tak empatie stala základní psychoterapeutickou metodou, jejíž účinnost je závislá právě na tom, jak se psychoterapeut do klienta dovede vcítit (de facto si částečně prožít, co klient v dané situaci prožívá), plně ho pochopit a navázat s ním hluboký a důvěrný vztah, což vyžaduje mnoho sil na obou stranách a také mnoho času. Z tohoto je patrné, že empatie jakožto terapeutická metoda, je velmi náročná a vyžaduje od toho, kdo se o ni pokouší velkou část energie a kapacity. Přesto ji mnoho učebnic komunikačních dovedností pro lékaře zahrnuje jako jednu z nutných dovedností a klade tak na lékaře občas nespílitelný apel, aniž by o tom, co všechno po lékařích vlastně chtějí, věděli v důsledku nepřesného vymezení, co se pod termínem empatie míní. Je totiž jasné, že jí nemůže být míněno vše popsané. Ptáček (2011) nabízí jako dobré rozřešení situace nepoužívat termínu empatie,

ale termín **empatické chování a jednání**. Tím již není míněn plný empatický proces, ale pouze jeho část. Ta část, která je nejbližší dimenzi empatie jakožto kompetenci, i když v oslabené míře. Na rozdíl od plného empatického procesu není nutné a často ani vhodné, aby lékař potlačoval své emoce a místo toho se snažil prožívat emoce pacienta. Stejně tak nemůže lékař budovat s pacientem důvěrný a hluboký vztah, neboť povaha kontaktu je z podstaty věci epizodická. (Ptáček, 2011) Co tedy empatické chování a jednání jakožto lékařská kompetence zahrnuje? Jde především o čtyři základní dovednosti:

1. porozumět pacientově situaci, jeho úhlu pohledu;
2. sdělit pacientovi toto porozumění a dát si pozor na přesnost a akurátnost tohoto sdělení;
3. jednat s tímto porozuměním v pomocné terapeutické lince, což mimo jiné pacientovi ukáže lékařovu citovou angažovanost;
4. respektovat odlišnost pacientova pohledu a také pacientova názoru na jeho vlastní nemoc a možnosti léčby, což utváří podobu vztahu mezi lékařem a pacientem a je základem důvěry, na níž je vztah vybudován (Derksen, 2013) (Neumann, 2012).

Lékařská empatie je profesní dovedností, které se lze a je třeba se učit, jak si ukážeme v dalších oddílech empatii věnovaným.

3.3.3 Pokles empatie budoucích lékařů v průběhu studia

Nejprve se ale ještě v krátkosti podívejme podrobněji na Rogersovo vymezení empatie. Jak uvádí Mikoška (2017), Rogers empatii považuje za jednu ze tří nutných a postačujících osobnostních charakteristik terapeuta, kterých je třeba pro navázání terapeutického vztahu, který klientovi umožní osobnostní růst. Empatii vymezuje jako určité mentální nastavení ve vztahu k druhému, které v sobě snoubí optimální vyváženost osobnostních charakteristik, které terapeutovi umožní vcítit se do subjektivního vnímání a prožívání klienta. Aby toto bylo vůbec možné, je třeba, aby terapeut zaujímal akceptující a nehodnotící postoj, neprojektoval si do klienta své problémy a uměl se pro daný moment adekvátně upozadit ve prospěch klienta. Sám Rogers podotýká, že toto položení se do očí a srdce druhého je velmi nesnadné a pro nezkušené terapeuty i ohrožující, protože ještě neumí bránit své hranice (Mikoška, 2017) (Nykl, 2012). Ze všeho dosud vyřčeného je zřejmé, že aby byl terapeut schopen empatie, musí mít vybudovanou jistou dávku vnitřní pevnosti, vnitřního klidu a sebevědomí. Pokud zmíněné ještě v sobě pevně vystavěné nemá, často chápe čas strávený s druhým jako

nebezpečný a do žádné intimity a zainteresování se raději nepouští. Nutno podotknout, že lékař není terapeut a proto na něj neklademe nárok terapeutického empatického napojení. Od lékaře očekáváme pouze část tohoto složitého procesu - empatické chování a jednání, jak bylo zmíněno v předchozí kapitole. Pro empatické chování a jednání tedy neplatí uvedené osobnostní nároky v plné šíři. v omezené však ano. Již bylo zmíněno, že křivka učení se empatickému chování není lineární. Smutným faktem je, že klesá míra empatie u studentů medicíny v průběhu studia a hlavně v před atestační přípravě (Neumann, 2011) (Nunes, 2011).

Jednou z prvních zmínek o tomto fenoménu je studie z osmdesátých let, která zjistila, že je zde (i když velmi malý) pokles empatie u studentů po jejich klinických zkušenostech s pacienty (Diseker, 1981). Velká přehledová studie uskutečněná tři dekády po zmíněném výzkumu zmiňuje jedenáct studií, které se zaměřovaly na mediky. Tyto studie naměřily signifikantní pokles empatie u studentů poté, co začali být v kontaktu s pacienty během své před atestační přípravy. Dalších šest studií pak poukázalo na totéž u studentů v průběhu klinických praxí. Studie empatii hodnotili pomocí self-referenčních škál jakými nejčastěji byly BAAS a JSPE-S (Neumann, 2011).

Tato přehledová studie ale nezůstala jenom u konstatování poklesu empatie v průběhu studia. Soustředila se také na otázku, jaká jsou možná vysvětlení pro tento pokles. Na teoretické hlavní příčině se všechny studie shodly. Je jím distress (pod kterým se míní například burn-out syndrom, nízký pocit pohody, snížená kvalita života nebo deprese). Následně si ale výzkumníci položili otázku, proč stážísté tento distress prožívají. Ze všech osmnácti výzkumů zkoumaných v této přehledové studii vzešlo pět hlavních faktorů, které za stresem v průběhu vzdělávacího procesu mohou stát (Neumann, 2011). Jsou jimi:

Špatné jednání nadřízených nebo mentorů - studenti medicíny mohou zažívat situace obtěžování, ponižování, degradace, diskriminace na základě pohlaví nebo dokonce sexuálního obtěžování na pracovišti (Newton, 2011).

Zranitelnost studentů a rezidentů zdravotnictví – velká část studentů medicíny začala medicínu studovat kvůli svým ideálům a s nadšením (Stratton, 2008). Obojí se však v průběhu studia může snižovat kvůli tomu, jak jsou stážísté konfrontováni s klinickou realitou, která je charakterizována nemocí, lidským trápením a často i smrtí. Z tohoto důvodu se zaměření velkého procenta studentů

přesouvá od humanistických aspektů medicíny k technologii a objektivní vědě (Chen, 2007)(Hojat, 2004).

Problémy sociální podpory – v důsledku časově náročného studia a praxí mají studenti méně častý kontakt se svými rodinami, blízkými i vrstevníky a proto trpí nedostatkem sociální podpory (Hojat, 2004) (Stratton, 2008) (Bellini, 2002).

Vysoká pracovní zátěž – režim studentů je velmi tvrdý, jejich pracovní doba je dlouhá a podepisuje se na délce a kvalitě jejich spánku a také na jejich relaxaci (Chen, 2007) (Stratton, 2008) (Bellini, 2002).

Jedním z vysvětlení, proč empatie u mladých lékařů klesá, může být to, že v kontaktu se smrtí a nemocemi pacientů objevují svoji vlastní zranitelnost, usídluje se v nich strach o sebe sama a snaží se před případným ublížením nějak bránit. A tak si od pacientů ve své hlavě vytvoří blok, hradbu, která jim umožňuje držet si pacientovy pocity dále od těla. Stavebními kameny této hradby je *depersonalizace* pacientů, o které se jako procesu ještě zmíníme (West, 2006).

Toto vysvětlení odpovídá výsledkům studie mozku lékařů z roku 2010 (Decety, 2010), která prokázala, že lékařská odbornost, kvalifikace tlumí senzorické zpracování podnětů vyvolaných vnímáním bolesti u ostatních. Sledování bolesti dalších lidí v člověku aktivuje matrici bolesti CNS. Bez dovedností regulace emocí může být opakované vystavení utrpení ostatních u zdravotnických pracovníků spojeno s nepříznivými důsledky v podobě vlastní úzkosti, vyčerpání (až vyhoření) a únavy z pomáhání (*compassion fatigue*), které na zdraví pomáhajícího mají neblahý vliv. Lékaři se těmto negativním dopadům brání nepřipouštěním si pacientů, a tedy i jejich emocí k tělu (dříve zmíněná *depersonalizace*). Výsledky uvedené studie ukazují, že tato hradba má i neurobiologickou odezvu regulace emocí a u lékařů se velmi brzo projeví na jejich vnímání. Dalším objevem je, že regulace emocí u lékařů se velmi brzy projeví, což brání bottom-up procesu zpracování vnímání bolesti u druhých. Tato studie mechanismus chápe jako výhodný, protože tímto způsobem si lékaři v mozku udrží více akčního prostoru, aby mohli lépe pomáhat (Decety, 2010). Komu budou ale pomáhat, když pacienty *de facto* neberou jako pravé lidi (*persony*)? Je pro lékaře tato hradba opravdu výhodnou obranou? Na tuto otázku se pokusíme odpovědět v následující kapitole.

Další důvod, proč se empatie u studentů snižuje, může také být jejich *pozornostní zúžení na léčbu*. Tím, že ještě nemají řemeslo plně zvládnuté, nemají v něm ještě to

pohodlí a lehkost zkušených, bojí se, že selžou a ublíží, snaží se přijít na co možná nejlepší způsob léčby a na samotného pacienta jim pro jeho diagnózu nezbude mentální kapacita (Colliver, 2010).

Na již zmíněný důležitý faktor v podobě *distresu*, který může být způsobem nyní zmíněnou nejistotou, která může být krom obavy o správně vykonanou práci také obavou o studijní výsledky, kvalifikaci, se můžeme podívat také z jiného úhlu. Jako klíčové se po neurologické stránce pro empatii ukazují zrcadlové neurony (Baurer, 2005). Úzkost napětí a stres (což je rozepsání distresu) mohou ovlivňovat rychlost přenosu na těchto zrcadlových neuronech, přesněji mohou přenos výrazně zpomalit, což se na schopnosti empaticky jednat a chovat značně podepíše (Neuman, 2011).

Posledním faktorem, který zmíníme, a který může stát právě za úzkostí a stresem, se zabýval známý český psychiatr Radkin Honzák. Hovoří o tom, že zde existuje jakési nevyřčené pravidlo, že lékař se nesmí mýlit, což může na lékaře vytvářet obrovský tlak (Honzák, 1997) (Ptáček, 2015).

3.3.4 Proč je lékařské empatické jednání a chování důležité

Již jsme nastínili, co pod pojmem empatie v lékařském kontextu míníme a jaké se s empatií pojí těžkosti. Nyní se podíváme na to, co dobrého empatické chování a jednání přináší. Co se pozitivních dopadů týká, můžeme vymezit tři základní oblasti: dopad na pacienta, dopad na lékaře a dopad na systém (nejen zdravotnický).

3.3.4.1 Dopady lékařského empatického jednání a chování na pacienta

Začněme oblastí, která se automaticky nabízí jako první při uvažování o intervencích ve zdravotnictví, tedy o dopadech na pacienta, které si rozebereme v následujících odstavcích.

Spokojenost pacienta. Podle výzkumů pacienti, kteří vnímají svého lékaře jako empatického, jsou spokojenější, méně úzkostní a obecně lépe skórují v dotaznících na well-being (van Dulmen, 2004) (Kim, 2004) (Verheul, 2010) (Johat, 2010).

Compliance. Kromě emočního naladění ovlivňuje empatický přístup lékařů také adherenci pacientů k léčbě = compliance (Zolnierek, 2009)(Kim, 2004). Adherence k léčbě je velmi důležitým faktorem, který zapříčiňuje, jak se bude pacientův stav zlepšovat poté, co opustí ordinaci lékaře. Bohužel je také faktorem, ve kterém velmi často nebývá skórováno vysoko. Adherence neboli přilnavost se vztahuje k chování pacienta. Jde o to, zda pacient dodržuje nebo nedodržuje doporučení lékaře, pravidelně užívá

předepsané léky a tak podobně (Cramer, 2008). Je jasné, že lékařská diagnóza může být jakkoli přesná a lékařův návrh léčby jakkoli správný, pokud se však pacient tímto předpisem neřídí, zdraví pacienta lékařovy dovednosti a vědomosti neovlivní. Proto je velmi důležité, aby lékaři na své pacienty působili tak, aby jejich doporučení dodržovali. Empatické vystupování lékaře, který pacientovi vysvětluje proč, mu dává najevo účast na jeho zdravotním stavu, umožňuje pacientovi se doptat na další informace a nechá mu prostor říci k návrhu léčby svůj názor, je proto pro uzdravování pacienta naprosto klíčové, neboť tyto aspekty zakládají mezi pacientem a lékařem partnerský a nikoli paternalistický vztah (Honzák, 1997) (Zolnierek, 2009).

Snazší změna životního stylu. Přilnutí k léčbě s sebou také často nese nárok na změnu životního stylu zahrnující změnu jídelních i pohybových návyků, což je pro většinu pacientů velmi náročné. Jestliže již pacienti nedochází na kontroly ke svému lékaři, velmi brzy se vrací do svého původního životního rytmu, pokud u nich vůbec nějaká změna proběhla. Ukazuje se, že empatie lékařů má pozitivní vliv i v této oblasti. Pacienti empatických lékařů snadněji vklouzávají do nového režimu a daří se jim v něm setrvávat delší dobu, ne-li natrvalo (Buszewicz, 2006).

Přesnější diagnostika. Pokud lékaři se svými pacienty komunikují vřele, dají jim prostor říci vše, co potřebují, a pacienti se cítí v bezpečném a přijímajícím prostředí, sdělí pacienti lékaři více i informací o svém zdravotním stavu a tyto informace jsou navíc konkrétnější a pravdivější. To lékařům umožňuje získat přesnější obrázek o zdravotním stavu pacienta a uchýlí se tak k přiléhavější diagnóze s menší pravděpodobností mylky (Verheul, 2010).

Lepší výsledky. Díky všemu výše zmíněnému není divu, že pacienti empatických lékařů vykazují lepší výsledky své léčby. A to hned na několika frontách. Studie zabývající se vztahem empatického přístupu lékařů a léčby cukrovky přišla s výsledky, které ukazují, že empatické zacházení s pacientem se projeví také na molekulární úrovni v organismu pacienta. U pacientů, jejichž doktoři na škále empatie skórovali vysoko, byla pozorována signifikantně lepší kontrola LDL-C a hemoglobinu A1c (Hojat, 2011), díky čemuž se pacienti rychleji uzdravují. Podobně pozitivní výsledky přinesla další studie, která zkoumala onemocnění mnohem obvyklejší, než je diabetes, šlo o klasické nachlazení. Pacienti, jejichž lékaři se k nim chovali empaticky, se v průměru o víc jak den rychleji uzdravovali a také jejich onemocnění bylo méně závažné (Rakel, 2011).

3.3.4.2 Dopady lékařského empatického jednání a chování na samotného lékaře

To, že bude mít empatické chování k pacientům na pacienty dobrý vliv je očekávatelné. Často se ale zapomíná zdůraznit, že benefity jsou i na straně lékaře samotného, a tak pokud nechce svůj přístup k pacientům změnit kvůli nim, měl by ho změnit kvůli sobě samému.

Podobně jako u pacientů koreluje empatický přístup lékařů s jejich životní spokojeností (Gleichgerricht, 2013). Důležitý je však ještě jeden aspekt. Lékaři, jakožto pomáhající profese, jsou velmi ohroženi syndromem vyhoření. V kapitole o klesající úrovni empatie u studentů medicíny jsme si řekli, že důvodem tohoto poklesu je nejčastěji proces depersonalizace, kterým se studenti brání kruté realitě lékařské praxe prostřednictvím nepřipouštění si pacientů k tělu, což je ve výsledku obrana proti tomu, aby studenti nevyhořeli. Paradoxně se ale ukazuje, že proces depersonalizace souvisí s narušením rovnováhy mezi představovanou praxí profese a její reálnou podobou, která je brána jako jeden z hlavních faktorů vzniku syndromu vyhoření (Pešek, 2016). Druhým faktorem neblahého důsledku depersonalizačního procesu je, že narušuje pocit dobře odvedené práce. Pokud totiž lékař pacienta bere jen jako případ, nemůže se mu nikdy dostat řádného poděkování, neboť vyléčené nemoci neděkují, ale vyléčení nemocní ano (Gleichgerricht, 2013). Posledním faktorem, který v této souvislosti zmíníme, je fakt, že pokud lékaři s pacienty nesdílejí své negativní emoce smutku a lítosti, které v nich kontakt s pacientovou nemocí vyvolává, často se v nich tyto negativní emoce zapouzdří a jsou podhoubím pro stále se stupňující distress. Ten pak ve výsledku téměř vždy končí syndromem vyhoření (Lamothe, 2014).

3.3.4.3 Dopady lékařského empatického jednání a chování na systém

Téměř všechny výše zmíněné pozitivní dopady se samozřejmě odrazí i ve zdravotnickém systému jako celku. v předchozích řádkách jsme zmínili, že pacienti empatických lékařů se uzdravují rychleji, a proto lékaře navštěvují méně často a zdravotnický systém tak zatěžují méně (Hojat, 2011) (Rakel, 2011). Jedna ze starších studií objevila další fenomén, který je s problematikou spojený. Dle jejích výsledků se lékaři se suboptimální úrovní empatického chování a jednání dopouštějí více diagnostických chyb, v důsledku toho je jejich pacienti musí navštěvovat častěji (West, 2006). Další studie zase upozornila na fakt, že takto neempatičtí lékaři vykazují zvýšené

užívání různých lékařských testů a metod a častěji své pacienty také posílají k dalším specialistům (Bertakis, 2011). Inu, kdo se nespolehá na pacienta, spoléhá se na technologie.

Celá tato kapitola popisuje, proč je téma lékařského empatického přístupu velmi důležité. v současné době si je této problematiky vědomo stále více lékařů. Toto téma se stává stále populárnější i mimo odborné kruhy. Například v roce 2018 přednesen na jedné z konferencí TEDx příspěvek doktor Stephen Trzeciak, který se tématu soustavně věnuje již několik let. Je jedním z autorů článku nazvaném Compassionomics: Hypothesis and experimental approach, který se na základě výzkumů podobným těm, které jsme v této kapitole zmínili, snaží stanovit nový vědní obor nazvaný právě compassionomisc, který definuje jako obor poznatků a vědeckých studií zabývajících se efektem takzvané soucitné/empatické medicíny (compassionate healthcare). Compassionomics má zkoumat právě dopady soucitné medicíny na zdraví pacientů, poskytovatele zdravotní péče a zdravotnictví jako systému. Empatické chování a jednání je zatím zahrnuto pod těžko zkoumatelné a měřitelné měkké dovednosti (softskills). Compassionomics se snaží dát empatickému chování a jednání pevnější rámec a umožnit tak této oblasti stát se oblastí zkoumání evidence-based medicíny (Trzeciak, 2017) (Trzeciak, 2018). Podrobněji se problematikou compassionomics zabývá ve stejnojmenné před nedávnem vydané knize (Trzeciak & Mazzairelli, 2018).

4 Možné intervence zaměřené na empatii lékaře při komunikaci s pacientem

Shrňme nyní předchozí kapitoly. Ukázali jsme si, že na komunikaci lékaře je třeba pohlížet jako na klíčovou vlastnost, která mimo jiné zakládá vztah lékaře s pacientem. v medicíně existují dva základní druhy tohoto vztahu – paternalistický a partnerský, přičemž současné výzkumy přinášejí stále více evidencí pro preferování partnerského přístupu. Dále jsme nastínili, jaké jsou základní komunikační dovednosti lékaře. Jako poslední byla zmíněna dovednost empaticky se chovat a jednat. Důvody, proč byla zmíněna jako poslední, zní textem pravděpodobně implicitně. Empatické chování a jednání lékaře stojí v základu ostatních dovedností. Lékař, který s pacientem jedná empaticky, jej nepřerušuje během prvních pár sekund, aktivně mu naslouchá, klade mu otevřené otázky, udržuje s ním pravidelný oční kontakt a i jinak s ním kongruentně neverbálně komunikuje. Z těchto důvodů mi připadá oprávněné se domnívat, že pokud fokus intervencí budeme směřovat hlavně na dovednosti empaticky se jednat a chovat, nezůstanou jiné dovednosti beze změny.

4.1 Intervence na zlepšení dovedností empaticky se chovat a jednat

Nejprve se podívejme na to, jestli je empatie opravdu něčím, co je možné nějakou intervencí ovlivnit a nejlépe se naučit. Tuto otázku si položili před nedávnem výzkumníci z Německa a v přesnějším znění zněla takto: Mohou medicí zlepsit své empatické dovednosti pomocí speciálního tréninku empatie s využitím simulovaných pacientů? Simulovaní pacienti (buď je hrají najať herci, nebo vyučující) jsou častou metodou při různých komunikačních trénincích. V této studii bylo přibližně 160 studentů medicíny otestováno, co se týká jejich empatických dovedností a následně rozděleno do dvou skupin. První experimentální skupina absolvovala trénink empatie sestávající z úvodních přednášek o empatii a její roli ve vztahu s pacientem a praktické části využívající simulované situace. Druhá kontrolní skupina oproti tomu prošla kurzem historie medicíny. Po těchto intervencích byly obě skupiny studentů znovu otestovány. Skupina studentů, kteří absolvovali kurz empatie, dosahovala lepších výsledků v testu OSCE (Objective Clinical Structured Examination), konkrétně jeho části zaměřené na komunikační dovednosti spojené s empatií. Studenti z kontrolní skupiny nevykazovali žádný signifikantní rozdíl oproti prvnímu měření. Dále studenti znovu vyplnili dotazník JSPE-S (Jefferson Scale of Physician Empathy). Jedná se o self-referenční dotazník, ve

kterém mají studenti sami posoudit své dovednosti empaticky se chovat a jednat. Výsledky v tomto dotazníku zůstaly téměř beze změny. To ovšem výzkumníci v diskusi vysvětlují tím, že studenti před intervencí své dovednosti přecenili, protože si nebyli dostatečně vědomi toho, jaká může být kvalita těchto dovedností (Wünderlich, 2017). Kromě tohoto výzkumu byla v roce 2015 uskutečněna velká metaanalýza, která také zjišťovala, jaký je efekt tréninku empatie. Všech osmnáct studií, které byly do metaanalýzy zařazeny, reportovalo zvýšení úrovně empatických dovedností po tréninku (Teding van Berkhout, 2016).

Nyní již máme jisté evidence, že empatické dovednosti tréninkem zvýšit lze. Pojdme se tedy podívat na některé konkrétní intervence. Nejčastější argument lékařů, proč nejsou k pacientům empatičtější a pozornější, zní, že na to nemají čas. Z tohoto argumentu „proč to nejde“ vychází sice starší, ale stále často citovaná studie nazvaná *Can 40 seconds of compassion reduce patient anxiety?*. Výzkumníkům šlo o to ukázat, že empatický přístup nepředstavuje žádný velký nárok na čas. V tomto případě o empatický přístup obohacená lékařská konzultace zabrala jen o 40 sekund více času než konzultace bez vět sdělujících empatické vcítění. Výzkumný soubor tvořilo přes 200 žen, z nichž polovina za svůj život prodělala rakovinu. Nejprve byla ženám změřena úzkost pomocí self-referenčního dotazníku STAI (The State-Trait Anxiety Inventory). Následně byly ženám puštěny dva druhy videozáznamu lékařské návštěvy v době trvání přibližně 18 minut. První varianta obsahovala klasickou lékařskou konzultaci. Druhá varianta byla s první totožná až na to, že do ní byly vloženy dva segmenty, které obohacovaly lékařova slova o vyjádření soucitu s pacientem. Tyto segmenty měly vyjádřit podporu, oprávněnost pocitů pacienta a obtížnost toho učinit rozhodnutí o dalším postupu své léčby s touto nejistotou. Dále se lékař v obohaceném záznamu dotkl pacientčiny ruky a pokusil se ji uklidnit. 1. segment se objevil brzy po začátku videonahrávky před tím, než lékař poskytl informace o léčbě. 2. segment byl u konce konzultace. Oba tyto segmenty společně s lékařovým dotekem trvaly dohromady oněch 40 sekund, které jsou inzerovány v názvu článku.

1. segment: *„Vím, že je to pro vás těžký zážitek a chci, abyste věděla, že jsem v této situaci s vámi. Některé z věcí, které vám dnes řeknu, pro vás možná bude těžké pochopit, proto bych byl rád, aby vám bylo příjemné mne kdykoli zastavit, kdy řeknu něco nesrozumitelného nebo něco, co vám nedává smysl. Jsme v tom společně a společně si tím také projdeme.“*

2. segment: „Vím, že tohle období je pro vás náročné a chci znovu zdůraznit, že jsme v tom společně a já s vámi budu při každém kroku této cesty.“

Po zhlédnutí videa všem ženám stoupla hladina úzkosti (znovu měřená pomocí STAI), ale oproti pretestu byla hodnota posttestu signifikantně nižší u žen, které sledovaly nahrávku obohacenou o vciťující přístup. Je nutno podotknout, že tato studie vlastně nezjišťovala přímý dopad na pacienty, ale na pozorovatele situace, a proto by bylo dobré studii replikovat a soustředit se na měření změn přímo u pacienta (Fogarty, 1999). Navzdory tomu byla ale tato studie jednou z prvních vlaštovek, která ukázala, že co se empatického přístupu týče, tak i málo může ovlivnit mnoho.

Snaha Stephena Trzeciaka, o kterém jsme referovali v minulé kapitole, ustanovit compassionomics jako samostatný vědní obor evidence-based medicíny (Trzeciak, 2017), není ve zkoumání empatie ojedinělá. Před několik lety, než Trzeciak uveřejnil svou studii, se výzkumníci z Bostonu pokusili na empatii podívat z vědeckého úhlu pohledu neurověd. Jak jsme si již dříve řekli, empatie má několik složek. Jednou z nich je složka afektivní. Sílu afektu můžeme měřit pomocí galvanického odporu kůže a přesně tímto směrem se rozhodli jít výzkumníci této studie. v průběhu čtyř týdnů, byli lékaři trénováni v rozpoznávání emocí, empatickém zacházení s pacientem a s tím spojenou komunikací. Během každé z výcvikových lekcí byli jak lékař, tak jeho pacient napojeni na přístroj měřící galvanický odpor kůže, jehož záznam mohl lékař během konzultace paralelně sledovat na monitoru před sebou. Lékaři tedy mohli v reálném čase sledovat fyziologickou shodu nebo neshodu (concordance) mezi sebou a svými pacienty a také to, jak moc byli oni i pacienti aktivováni různými komunikačními obraty (verbálními i neverbálními), které použili. Mohli si více uvědomit, že jejich odmítavé chování, arogance nebo přezírání v pacientech vyvolává přímou a relativně silnou emoční reakci. Pacienti po těchto čtyřech týdnech hodnotili lékaře, kteří prošli tímto tréninkem, jako empatičtější v dotazníku CARE (Consultation and Relational Empathy) a v opakovaném hodnocení dva měsíce po intervenci bylo skóre trénovaných lékařů stále vyšší. Zároveň výcviková skupina lékařů zaznamenala výrazné zlepšení ve schopnosti dekodovat jemné výrazy emocí v tváři. Byla objevena významná korelace mezi schopností naučit se dekodovat jemné výrazy v obličeji a tím, jak pacienti hodnotili lékařovu empatii. Stejně jako v první studii uvedené v této kapitole nebyla pozorována změna v sebehodnocení v JSPE-S a to pravděpodobně ze stejných důvodů (Riess, 2012).

Další intervence, která stojí za zmínku, pochází ze Spojeného Království. Společně s klasickým výcvikem v empatických dovednostech tu byli studenti vedeni

k tomu, aby trávili čas s pacienty posloucháním jejich příběhů. Jak jsme si řekli výše, častým důvodem, proč v průběhu studia u studentů dochází k poklesu empatie je depersonalizace pacientů. Tato strategie přímého a pečlivého naslouchání pacientově příběhu se snaží procesu depersonalizace zabránit. Dvanáct rezidentů, kteří tvořili výzkumný soubor tohoto kvalitativního výzkumu, možnost vyslechnout si celý pacientův příběh jeho slovy velmi oceňovalo. Reflektovali, že tato zkušenost jim umožnila navázat s pacientem lepší vztah, více se do něj vcítit, porozumět mu, a tak lépe pochopit emoční podhoubí perspektiv pacientů. Studenti oceňovali, že na rozhovory s pacienty měli hodně času, kterého pak v praxi tolik mít nebudou, a že se tedy mohli do jejich vyprávění plně položit a na těchto příležitostech se naučit, na co se pacientů ptát, na co dát důraz a také jakým způsobem svoje otázky klást. Autoři toho výzkumu se proto domnívají, že by naslouchání příběhům pacientů mělo být součástí běžné výuky. Co je ovšem důležité, mělo by být vždy doprovázené zpětnou reflexí v rámci supervizí (Gidman, 2013).

Jako posední bych ráda uvedla intervenci z jiné oblasti. Nezaměřuje se již na empatické dovednosti, přes které chceme ovlivňovat komunikaci, ale přímo na komunikační dovednosti z hlediska rétorického. Autoři indické studie z letošního roku se rozhodli posílit komunikační dovednosti studentů medicíny tím, že je zapojí do malých veřejných fór. Veřejné fórum je o přednášení vlastních názorů a nápadů (myšlenek) před velkým publikem pacientů. Posluchačům by poselství mělo být sděleno v jednoduchém, srozumitelném jazyce. Mluvčí tak musí být se svým tématem velmi dobře obeznámen. Musí být schopen jej zjednodušit, přizpůsobit tak, aby jej publikum pochopilo, a musí být prost vlastních pochybností o sobě, aby posluchače o svém tématu dokázal přesvědčit. Proto se formát veřejného fóra ukazuje jako dobrou přípravou pro budoucí vysvětlování pacientům jejich zdravotního stavu. Studie se zúčastnilo celkem dvacet studentů pátého ročníku gynekologie. Během dvou měsíců každý ze studentů přednesl s rozestupem dvou týdnů čtyři příspěvky před publikem tvořeným jejich vyučujícími, spolužáky a pacienty. Po této době byli studenti zhodnoceni pomocí Kalamazoo Essential Elements Communication checklist. Zlepšení oproti hodnocení před intervencí bylo zjevné u všech studentů – v posuzované škále se všichni zlepšili o víc jak 22%. Autoři tohoto výzkumu se proto domnívají, že přidání účasti na těchto malých veřejných fórech je skvělou alternativou ke klasickým kurzům komunikačních dovedností. Nejenom že rozvíjejí tyto dovednosti, ale také pomáhají pilovat osobnost a vystupování lékařů (Sharma, 2019).

5 EMPIRICKÁ ČÁST

5.1 Úvod a problém

V literárně přehledové části jsme se podívali na to, jaké jsou důležité oblasti komunikace lékaře s pacientem, na jaké dovednosti by měl být při vzdělávání lékařů kladen důraz, a hlavně na to, jak výsostně postavení mezi nimi zaujímá lékařova empatie. Konec teoretické části práce se soustředí právě na ni, protože předpokládáme, že empatie je původním faktorem, který stojí za dalšími dovednostmi efektivní komunikace. Jeden z výzkumů, který mne při zpřesňování vize mého výzkumu podpořil ve zkoumání vztahu empatie a dalších komunikačních dovedností, pochází z roku 2013. Jeho výzkumná otázka byla, zda korelují výsledky ve vnímané empatii lékařů a ve vnímaných klinických kompetencích obecně. Výsledky tohoto výzkumu poukazují na silnou korelaci mezi behaviorálními projevy empatie a klinickými kompetencemi (Ogle, 2013). Druhý výzkum, který mi byl inspirací při plánování mého výzkumu, byl ten, který jsem uváděla jako důkaz toho, že je možné tréninkem empatii zvýšit (Wünderich, 2017).

Z výše uvedených informací se jeví důležité, podívat se na to, zda je tedy přímý vztah mezi tréninkem empatie a komunikačními dovednostmi lékařů. Zároveň se ve svém výzkumu zaměřím na podobu tréninku empatie, kde se pokusím prozkoumat, jakou roli hraje, zdali je součástí tréninku i praktický nácvik situací, v nichž mají studenti projevit své dovednosti empaticky se chovat a jednat. Pro zakomponování tréninku empatie do běžné výuky je totiž dobré zmapovat, co je pro zlepšení v empatických a komunikačních dovednostech v tréninku důležité a co naopak zbytečně navyšuje časovou dotaci. Na příklad na všech třech pražských lékařských fakultách se žádný trénink empatických dovedností ve studijním plánu nevyskytuje. Empatii bývá věnovaný většinou jeden blok v rámci předmětů typu Etika a komunikace, Komunikační dovednosti, Psychologie a komunikace. V rámci tohoto bloku jde ale vždy pouze o seznámení se s teoretickými poznatky týkajícími se empatie. Žádný praktický nácvik empatických dovedností do výuky zařazen není (1. Lékařská fakulta, 2019) (2. lékařská fakulta, 2019) (3. Lékařská fakulta, 2019). Proto mi přijde zajímavé zjistit, zda pouze teoretické přednášky o empatii stačí na to, aby se studenti zdokonalili v komunikačních dovednostech. A pokud se ukáže, že pouze teoretické vzdělání v empatii na zdokonalení komunikace mladých lékařů nestačí, zjistit, jak silný vliv na zdokonalení bude mít obohacení teoretických přednášek o praktický nácvik dovedností empaticky se chovat a jednat.

5.2 Design intervence

Co se podoby tréninku empatie týče, budu hlavně vycházet z výzkumu z roku 2017. Na jeho základě vytvořím dvě varianty tréninku. První varianta bude sestávat z přednášek týkajících se teoretických vědomostí o empatii a následné praktické části využívající simulované pacienty. Výcvik empatie pro potřeby našeho výzkumu bude mít tedy tuto podobu: Úvodní školení o empatii tvořené diskusí o vlastních zkušenostech v roli pacienta, pomocí níž studenti společně s lektorem definují, co pod pojmem empatického chování chápou. Dále následuje přednáška o tom, jakou roli hraje empatie ve vztahu lékaře a pacienta. Tato první část bude zakončena dvěma ukázkovými rozhovory simulovaného pacienta a instruktora – lékaře, po kterých hned bude následovat diskuse, jaké mohli studenti během konzultace identifikovat empatické chování. Po úvodním školení přijde samotný trénink empatického chování. Ten bude rozdělen do dvou setkání, během kterých každý student absolvuje čtyři různá stanoviště se simulovaným pacientem. Po každé této tréninkové situaci studenti ohodnotí své chování během ní, pak jejich chování ohodnotí dva jejich spolužáci, kteří celou situaci pozorovali, a nakonec se vyjádří samotný simulovaný pacient se svojí zpětnou vazbou. Nakonec proběhne společný rozbor jednotlivých situací za účasti všech lékařů, simulovaných pacientů a lektorů.

Druhá varianta bude mít teoretickou část shodnou s první variantou. Rozdílem však bude, že po této teoretické části trénink skončí a nebude na něj již navazovat praktická část.

Intervence pro kontrolní skupinu bude také inspirována zmíněným výzkumem. Probandi absolvují ve stejném časovém rozsahu trvající přednášky na téma historie medicíny.

5.3 Testové metody

Na otestování komunikačních dovedností využiji jak subjektivního, tak objektivního hodnocení. Subjektivní hodnocení bude provedeno pomocí ověřeného nástroje CAT (Communication Assessment Tool). Tento dotazník sestává z patnácti otázek s odpověďmi na pěti stupňové škále. Pomocí něj hodnotí standardizovaní pacienti komunikační dovednosti svých lékařů (Ferranti, 2010) (Makoul, 2007).

Při výběru objektivní metody měření komunikačních dovedností lékařů jsem vycházela z výše zmíněných výzkumů (Ogle, 2013) (Wünderich, 2017) a shledala jako

nejlepší metodu OSCE (Objective Clinical Structured Examination). OSCE je moderní metodou testování klinických dovedností užívanou hlavně v lékařských oborech. Pomocí jednotlivých stanovišť, na kterých testovaný stráví přibližně 5-10 minut se simulovaným pacientem, je hodnocen jeho výkon v celém spektru klinických dovedností. Tento výkon se hodnotí co do komunikačních a dalších klinických dovedností. V současné době je tato metoda hojně používaná hlavně u zkoušek postgraduálního studia (Carracion, 2000) (Cömert, 2016).

Na změření změny v empatickém chování bude použita také metoda OSCE, konkrétně její část zabývající se empatickými dovednostmi. Bude však hodnocena jiným nezávislým pozorovatelem, aby se zabránilo zkreslení. Měřit takto empatii se ukázalo jako vhodné právě ve výzkumu, který mám jako hlavní inspirační zdroj (Ogle, 2013).

5.4 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor bude tvořen praktickými lékaři ve věku od třiceti pěti do čtyřiceti let, kteří budou mít alespoň pět let praxe. Věk, praxe a také požadavek neabsolvování v minulosti žádného kurzu přímo rozvíjejícího empatii budou jediná omezení pro zařazení praktických lékařů do výzkumu. Tato dvě kritéria uvádím proto, abych se vyhnula další intervenující proměnné v podobě zkušenosti lékaře. Lékaři budou vyhledáni v databázi a následně osloveni pomocí emailu s nabídkou účasti na výzkumu. Rozsah souboru bude padesát probandů na každou skupinu, celkem tedy sto padesát probandů. K této velikosti vzorku jsem se uchýlila, protože je přibližným průměrem výzkumných vzorků, se kterými pracují ony dva výzkumy, které uvádím jako hlavní inspirační zdroje (Ogle, 2013) (Wünderich, 2017).

5.5 Výzkumné hypotézy

Celkové výsledky v testech OSCE a CAT se budou lišit mezi skupinami v závislosti na administrované intervenci.

Specificky, nejvyšších skóre dosáhnou probandi v experimentální skupině s teoretickým a praktickým výcvikem, zatímco nejmenších probandi v kontrolní skupině.

5.6 Procedura výzkumu

Všem přihlášeným probandům nejprve podám stručné informace ohledně následujícího testování. Výzkumný soubor celkem sto padesáti lékařů dále otestuji pomocí OSCE se zaměřením na komunikační dovednosti a současně jiným

pozorovatelem se zaměřením na empatické dovednosti. Následně je náhodným výběrem rozřadí do tří stejně velkých skupin – dvou skupin experimentálních a skupiny kontrolní. Experimentální skupiny absolvují dva různé výše popsané tréninky empatie. Kontrolní skupiny absolvuje teoretické přednášky ohledně historie medicíny. Po těchto intervencích všechny lékaře znovu otestuji pomocí OSCE na empatické a komunikační dovednosti.

Po celém tomto procesu všem zúčastněným lékařům poděkuji a domluví se s nimi na termínu zpětné vazby, pokud budou mít zájem. Probandům z experimentální skupiny, která neabsolvovala praktickou část tréninku, dále nabídnu možnost se praktické části kurzu v následujících dnech také zúčastnit. Probandům z experimentální skupiny bude stejně tak dána možnost absolvovat v následujících dnech trénink empatie v plném rozsahu.

5.7 Statistická analýza dat

Nejprve jsem prozkoumala, jaké jsou možné nástroje na statistickou analýzu sesbíraných dat, jestliže mám pretest-posttestový design výzkumu (Dimitrov, 2003).

Nezvolila jsem analýzu pomocí lineární regrese, protože v mém případě by se jednalo o lineární regresi s multivariátní proměnnou, kterou pokládám za příliš komplikovanou. Dále jsem se rozhodovala mezi metodami ANCOVA a MANCOVA. Obě tyto metody umí do modelu zahrnout možnou intervenující proměnnou a to tak, že jsou do nich vloženy tzv. covariate variables, protože se předpokládá, že se v pretestu může stát, že mezi kontrolní skupinou a experimentálními skupinami mohou být rozdíly ve vstupních dovednostech a schopnostech. Tyto rozdíly jsou právě oněmi kovariáty, intervenujícími proměnnými, jejichž vliv je třeba odstranit. Metoda ANCOVA pracuje pouze s jednou závislou proměnnou. V mém výzkumu se měřím třemi různými způsoby (CAT, OSCE pro komunikační dovednosti a OSCE pro empatické dovednosti) a mám tedy tři různé závislé proměnné. Ve variantě s ANCOVA bych tudíž musela použít tři různé ANCOVA testy, což nepovažuji za vhodné. Proto jsem nakonec zvolila metodu MANCOVA.

Před použitím testu MANCOVA bych zkontrolovala, zda jsou splněny podmínky pro její použití, neboť se jedná o parametrickou metodu. Těmito podmínkami jsou: intervalová škála závislé proměnné, multivariační normální rozdělení (multivariate normal distribution) výběrových průměrů a stejná variance skupin napříč závislými proměnnými.

Abych k tomuto kroku mohla přikročit, musím si nejprve vymezit, jaké jsou mé výzkumné proměnné. Závislou proměnnou je skóre v testech OBSCE a testu CAT. Nezávislou proměnnou jsou jednotlivé intervence v podobě tréninku empatie zahrnujícího jak teoretickou, tak praktickou část. Dále trénink empatie tvořený pouze teoretickou částí. A jako poslední je intervence kontrolní skupiny v podobě teoretických přednášek týkajících se historie medicíny.

Ke konečnému vyhodnocení dat použiji program SPSS.

5.8 Diskuse a omezení výzkumu

Cílem výzkumu je podpořit hypotézu, že po absolvování kurzu empatie se u absolventů zvýší nejenom empatické dovednosti, ale také dovednosti komunikační. Jde o to přinést další evidenci svědčící pro klíčovou roli empatie v komunikačních dovednostech. Druhým cílem výzkumu je prozkoumání obsahu kurzu empatie. Zjistit, jestli je pro bodový nárůstek skóre v testech komunikačních dovedností důležité, aby byl kurz tvořen nejenom teoretický přednáškami, ale také praktickým nácvikem. Protože pokud se má v budoucnu stát kurz empatie (míněno kurz empatických dovedností) součástí běžných osnov, je třeba, aby byl navržen co nejefektivněji. Aby syllabus nezapomínal na praktický nácvik teoreticky nabytých dovedností, pokud se díky výzkumu ukáže, že je pro zdokonalení empatických a komunikačních dovedností klíčový. Anebo naopak, aby tento praktický blok zbytečně nenavyšoval časovou dotaci kurzu, pokud se ukáže, že na výsledné skóre v komunikačních a empatických dovednostech nemá nijak zásadní vliv.

Tento výzkum se nezabývá otázkou, jaká by měla být proporce mezi teoretickou a praktickou částí. Pokud se prokáže, že praktická část je neopomenutelná, je třeba blíže prozkoumat, kolik času by jí mělo být věnováno. Na kolika simulovaných situacích by si studenti měli nabyté vědomosti vyzkoušet a jaká by měla být ideální zpětná vazba po těchto situacích. Na tomto místě je také dobré zmínit roli supervizorů, která v tomto výzkumu zkoumána nebyla a která se ukazuje pro přetrvání získaných dovedností klíčová (Girolodi, 2017).

Další omezení výzkumu spatřuji ve volbě výzkumného souboru. Výzkumný soubor tohoto výzkumu tvoří již vystudovaní lékaři, ale trénink empatie by měl být součástí kurikula vzdělávání v rámci vysoké školy, případně během před atestační přípravou. Proto navrhuji, aby další výzkum zabývající se touto problematikou vybíral své probandy přímo mezi studenty. Původně jsem také zvažovala, zda nebude výsledky

ovlivňovat gender jednotlivých probandů. V obou dvou výzkumech, ze kterých vycházím, ale žádný signifikantní rozdíl skóre mezi gendery pozorován nebyl (Ogle, 2013) (Wündrich, 2017).

Komplikaci týkající se výzkumného souboru také je, že výběr lékařů bude probíhat na základě dobrovolnosti, a proto se dá očekávat, že lékaři, kteří se výzkumu zúčastní, nebudou představovat plně reprezentativní vzorek. Další zkoumání výsledku toto výzkumu by tedy bylo třeba ověřit na demograficky reprezentativním vzorku populace praktických lékařů

Problém představuje také adaptace testových metod CAT a OSCE do českého kontextu, pro který zatím tyto metody nebyly adaptovány. Pro potřeby tohoto nejprve na jiném vzorku zmapuji, zda lékaři dobře rozumí jednotlivým testovým položkám zadaným v původním anglickém jazyce. Zde předpokládám, že by v porozumění neměl být problém. Pokud by však byl, bylo by nutné udělat před samotným výzkumem předvýzkum zabývající se překladem jednotlivých položek do češtiny a jejich následné otestování na české populaci.

Další komplikací představuje shoda posuzovatelů jednotlivých stanovišť OSCE. Počet posuzovatelů vychází z jednoho z původních výzkumů, kde posuzují vždy dva experti a jeden standardizovaný pacient (Wündrich, 2017). Stejně jako v tomto výzkumu pak posoudím shodu posuzovatelů pomocí Pearsonova korelačního koeficientu. Výsledné použité skóre bude průměrné skóre mezi těmito třemi posuzovateli.

Jako další, ale jistě ne poslední, omezení tohoto výzkumu bych ráda upozornila také to, že je měřen pouze bezprostřední efekt tréninku hned po jeho ukončení. Bylo by zajímavé se podívat také na to, zdali zvýšené skóre v empatických a komunikačních dovednostech u absolventů přetrvává i delší dobu (například šest nebo dvanáct měsíců po absolvování kurzu).

Co se testových metod týče, je třeba podotknout, že kromě měření empatie pomocí metody OSCE, se nabízelo měření self-referenční JSPE (Jefferson Scale of Physician Empathy). Tu jsem se ale rozhodla ve výzkumu nepoužít a to proto, že ve většině výzkumů, které ji pro posouzení změny v empatickém chování a jednání použily, nebyl naměřen žádný signifikantní údaj. Tento fenomén studie vysvětlují tím, že intervence v podobě tréninku empatie změnil studentův pohled na vnímání vlastních empatických dovedností, a proto je po intervenci posuzují z úplně jiného pohledu, než před intervencí (Ogle, 2013) (Wündrich, 2017) (Neumann, 2011).

6 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo poskytnout přehled možných oblastí intervence a konkrétních intervencí samotných v komunikačních dovednostech lékaře. Dále poukázat na velmi důležitou roli empatie mezi těmito dovednostmi. Zároveň si práce klade za úkol celou problematiku komunikace lékaře s pacientem nahlédnout v širším kontextu, ukázat dopady této komunikace na pacienta, lékaře i na zdravotnický systém.

V práci jsem poskytla informace o povaze vztahu lékaře s pacientem, ve kterém komunikace probíhá. Hlavně rozlišení na dva základní druhy vztahu lékaře s pacientem – vztah paternalistický a vztah partnerský. Po tomto rozlišení jsem načrtla možné důvody, proč se lékaři uchylují častěji k prvnímu druhu. Nastínila jsem jednotlivé fáze vedení lékařského rozhovoru a dostala se tak k vymezení rozhovoru terapeutického a rozhovoru anamnesticko-diagnostického. Blíže byly popsány jednotlivé komunikační dovednosti lékaře, a to jak v oblasti verbální, tak té neverbální a výzkumy podložené následky, které má jejich adekvátní provádění na pacienta i samotného lékaře. Nakonec byla pozornost věnována klíčové dovednosti empaticky se chovat a jednat, jejím širokým následkům. Proto, že empatie byla mezi jednotlivými dovednostmi ve výzkumech z poslední doby nejčastěji zmiňována jako klíčová pro, krom jiného, adekvátní navázání vztahu lékaře s pacientem a compliance pacienta, je jí v práci věnován největší prostor. V poslední kapitole, která se zabývá jednotlivými intervencemi, je těžištěm oblastí intervencí právě empatie. Zmíněné intervence se snaží posílit empatické dovednosti různými způsoby. Empatie je úspěšně rozvíjena pomocí teoretických přednášek doprovázených praktickým nácvikem se simulovanými pacienty. Jako další účinná intervence se ukázalo využití paralelního měření galvanického odporu kůže pacienta i lékaře, což lékaři pomáhala vnímat míru odezvy svých promluv a gest na reakci pacienta. Jako účinné pro kultivaci empatických dovedností se také ukázalo naslouchání příběhům pacientů a jejich následné reflexe za pomoci supervizora. Poslední intervence zmíněná v této práci nemíří přímo na zlepšení empatických dovedností lékaře, ale obecně na schopnost lékaře jasně a srozumitelně se vyjadřovat. Tato intervence využívala veřejných fór, kterých se medicí účastnili a na kterých sami přednesli několik příspěvků.

V empirické části této bakalářské práce navrhuji postup a metodologii výzkumu, který si za cíl klade zjistit, zda pro zlepšení empatických dovedností stačí samotné teoretické přednášky, nebo je třeba je doprovodit i praktickým nácvikem empatických dovedností.

7 Seznam použité literatury

- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). *The “Reading the Mind in the Eyes” test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism*. Journal of child psychology and psychiatry, 42(2), 241-
- Bauer, J. (2005). Why I Feel What You Feel. *Communication and the Mystery of Mirror Neurons [in German]*. Hamburg, Germany: Hoffmann und Campe.
- Beckman, H. B., & Frankel, R. M. (1984). *The effect of physician behaviour on the collection of data*. Annals of Internal medicine, 101(5), 692-696.
- Bellini LM, Baime M, Shea JA. *Variation of mood and empathy during internship*. JAMA. 2002;287:3143–3146
- Berne, E., Plzák, M., Karpaš, R., & Nová, S. (1992). *Jak si lidé hrají*.
- Buszewicz, M., Pistrang, N., Barker, C., Cape, J., & Martin, J. (2006). *Patients' experiences of GP consultations for psychological problems: a qualitative study*. Br J Gen Pract, 56(528), 496-503.
- Carraccio, C., & Englander, R. (2000). *The objective structured clinical examination: a step in the direction of competency-based evaluation*. Archives of paediatrics & adolescent medicine, 154(7), 736-741.
- Chen D, Lew R, Hershman W, Orlander J. *A cross-sectional measurement of medical student empathy*. J Gen Intern Med. 2007; 22:1434 –1438
- Colliver, J. A., Conlee, M. J., Verhulst, S. J., & Dorsey, J. K. (2010). *Reports of the decline of empathy during medical education are greatly exaggerated: a reexamination of the research*. Academic Medicine, 85(4), 588-593
- Cömert, M., Zill, J. M., Christalle, E., Dirmaier, J., Härter, M., & Scholl, I. (2016). *Assessing communication skills of medical students in objective structured clinical examinations (OSCE)-a systematic review of rating scales*. PloS one, 11(3), e0152717.

Cramer, J. A., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, C. J., Fuldeore, M. J., Ollendorf, D. A., & Wong, P. K. (2008). *Medication compliance and persistence: terminology and definitions*. Value in health, 11(1), 44-47.

Decety, J., Yang, C. Y., & Cheng, Y. (2010). *Physicians down-regulate their pain empathy response: an event-related brain potential study*. Neuroimage, 50(4), 1676-1682.

Deladisma, A. M., Cohen, M., Stevens, A., Wagner, P., Lok, B., Bernard, T., ... & Raij, A. (2007). *Do medical students respond empathetically to a virtual patient?*. The American Journal of Surgery, 193(6), 756-760.

Derksen, F., Bensing, J., & Lagro-Janssen, A. (2013). *Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review*. Br J Gen Pract, 63(606), e76-e84.

DeVito, J. A. (2008). *Základy mezilidské komunikace-6*. vydání. Grada Publishing as.

Dimitrov, D. M., & Rumrill Jr, P. D. (2003). *Pretest-posttest designs and measurement of change*. Work, 20(2), 159-165.

Ferranti, D. E., Makoul, G., Forth, V. E., Rauworth, J., Lee, J., & Williams, M. V. (2010). *Assessing patient perceptions of hospitalist communication skills using the Communication Assessment Tool (CAT)*. Journal of hospital medicine, 5(9), 522-527.

Giroldi, E., Veldhuijzen, W., Geelen, K., Muris, J., Bareman, F., Bueving, H., ... & van der Vleuten, C. (2017). *Developing skilled doctor-patient communication in the workplace: a qualitative study of the experiences of trainees and clinical supervisors*. Advances in Health Sciences Education, 22(5), 1263-1278.

Haskard, K. B., DiMatteo, M. R., & Heritage, J. (2009). *Affective and instrumental communication in primary care interactions: Predicting the satisfaction of nursing staff and patients*. Health Communication, 24(1), 21-32.

Hennig, G. (2008). *Transakční analýza*. Grada Publishing as.

Hillen, M. A., de Haes, H. C., van Tienhoven, G., Bijker, N., van Laarhoven, H. W., Vermeulen, D. M., & Smets, E. M. (2015). *All eyes on the patient: the influence of*

oncologists' nonverbal communication on breast cancer patients' trust. Breast cancer research and treatment, 153(1), 161-171.

Hojat, M., Louis, D. Z., Markham, F. W., Wender, R., Rabinowitz, C., & Gonnella, J. S. (2011). *Physicians' empathy and clinical outcomes for diabetic patients*. Academic Medicine, 86(3), 359-364.

Honzák, R., & Gregor, O. (1997). *Kde se stala chyba? Kazuistiky 1*. Galén.

Imran, A., Doltani, D., Saunders, J., & Harmon, D. (2019). *Duration of opening statement of patients attending a chronic pain clinic consultation*. Irish Journal of Medical Science (1971-), 188(1), 273-275.

Jeffrey, D. (2016). *Empathy, sympathy and compassion in healthcare: Is there a problem? Is there a difference? Does it matter?*. Journal of the Royal Society of Medicine, 109(12), 446-452.

Kee, J. W., Khoo, H. S., Lim, I., & Koh, M. Y. (2018). *Communication skills in patient-doctor interactions: learning from patient complaints*. Health Professions Education, 4(2), 97-106.

Kim, S. S., Kaplowitz, S., & Johnston, M. V. (2004). *The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance*. Evaluation & the health professions, 27(3), 237-251.

King, A., & Hoppe, R. B. (2013). *"Best practice" for patient-centered communication: a narrative review*. Journal of graduate medical education, 5(3), 385-393

Leahy, M., Cullen, W., & Bury, G. (2003). *"What makes a good doctor?" A cross sectional survey of public opinion*. Irish medical journal, 96(2), 38-41.

Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně: pro mediky, lékaře a ošetřující personál*. Grada Publishing as.

MacDonald, K. (2009). *Patient-clinician eye contact: social neuroscience and art of clinical engagement*. Postgraduate medicine, 121(4), 136-144.

Makoul, G., Krupat, E., & Chang, C. H. (2007). *Measuring patient views of physician communication skills: development and testing of the Communication Assessment Tool*. Patient education and counseling, 67(3), 333-342.

Mason, M., Hood, B., & Macrae, C. N. (2004). *Look into my eyes: Gaze direction and person memory*. Memory, 12(5), 637-643.

McClelland, L. E., & Vogus, T. J. (2014). *Compassion practices and HCAHPS: does rewarding and supporting workplace compassion influence patient perceptions?*. Health services research, 49(5), 1670-1683.

Neumann, M., Edelhäuser, F., Tauschel, D., Fischer, M. R., Wirtz, M., Woopen, C., ... & Scheffer, C. (2011). *Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents*. Academic medicine, 86(8), 996-1009.

Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M., & Edelhäuser, F. (2012). *Physician empathy: definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education*. GMS Zeitschrift für medizinische Ausbildung, 29(1).

Newton B, Barber L, Clardy J, Cleveland E, O'Sullivan P. *Is there hardening of the heart during medical school?* Acad Med. 2008;83: 244 –249.

Nunes, P., Williams, S., Sa, B., & Stevenson, K. (2011). *A study of empathy decline in students from five health disciplines during their first year of training*. Int J Med Educ, 2, 12-17

Ogle, J., Bushnell, J. A., & Caputi, P. (2013). *Empathy is related to clinical competence in medical care*. Medical education, 47(8), 824-831.

Online Etymology Dictionary, (2019). Retrived from <https://www.etymonline.com/search?q=sympathy>

Ospina, N. S., Phillips, K. A., Rodriguez-Gutierrez, R., Castaneda-Guarderas, A., Gionfriddo, M. R., Branda, M. E., & Montori, V. M. (2019). *Eliciting the patient's agenda-secondary analysis of recorded clinical encounters*. Journal of general internal medicine, 34(1), 36-40.

- Pešek, R., & Praško, J. (2016). *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit : pohledem kognitivně behaviorální terapie*. v Praze: Pasparta Publishing.
- Porges SW. *Social engagement and attachment: a phylogenetic perspective*. Ann N Y Acad Sci. 2003;1008:31–47.
- Ptáček, R., & Bartůněk, P. ([2011]). *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada.
- Radek, P., & Petr, B. (2014). *Etické problémy medicíny na prahu 21. století*. Grada Publishing, as.
- Rakel, D., Barrett, B., Zhang, Z., Hoeft, T., Chewning, B., Marchand, L., & Scheder, J. (2011). *Perception of empathy in the therapeutic encounter: effects on the common cold*. Patient education and counseling, 85(3), 390-397.
- Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing.
- Rimondini, M. (Ed.). (2010). *Communication in cognitive behavioral therapy*. Springer Science & Business Media.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, J. (2016). *Teaching and learning communication skills in medicine*. CRC press.
- Strasser, F., Palmer, J. L., Willey, J., Shen, L., Shin, K., Sivesind, D., ... & Bruera, E. (2005). *Impact of physician sitting versus standing during inpatient oncology consultations: patients' preference and perception of compassion and duration*. A randomized controlled trial. Journal of pain and symptom management, 29(5), 489-497.
- Stratton TD, Saunders JA, Elam CL. *Changes in medical students' emotional intelligence: An exploratory study*. Teach Learn Med. 2008;20:279 –284.
- Swayden KJ, Anderson KK, Connelly LM, Moran JS, McMahon JK, Arnold PM (2012) *Effect of sitting vs. standing on perception of provider time at bedside: a pilot study*. Patient Educ Couns 86(2):166–171

- Teding van Berkhout, E., & Malouff, J. M. (2016). *The efficacy of empathy training: A meta-analysis of randomized controlled trials*. Journal of counseling psychology, 63(1), 32.
- Trzeciak, S. (2018). *How 40 Seconds of Compassion Could Save a Life* (TEDxPenn). Retrived from <https://www.youtube.com/watch?v=eIW69hyPUuI>
- Trzeciak, S., & Mazzarelli, A. J. (2018). *Compassionomics: The revolutionary scientific evidence that caring makes a difference*.
- van Brink-Muinen, D., Verhaak, P. F., Bensing, J. M., Bahrs, O., Deveugele, M., Gask, L., et al. (2003). *Communication in general practice: Differences between European countries*. Family Practice, 20, 478–485.
- van Dulmen, S., & van den Brink-Muinen, A. (2004). *Patients' preferences and experiences in handling emotions: a study on communication sequences in primary care medical visits*. Patient education and counseling
- Venglářová, M., & Mahrová, G. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Grada Publishing as.
- Verheul, W., Sanders, A., & Bensing, J. (2010). *The effects of physicians' affect-oriented communication style and raising expectations on analogue patients' anxiety, affect and expectancies*. Patient education and counseling, 80(3), 300-306.
- Vymětal, J. (2003). *Lékařská psychologie*. Portál.
- Weiss, P. (2011). *Etické otázky v psychologii*. Praha: Portál.
- West, C. P., Huschka, M. M., Novotny, P. J., Sloan, J. A., Kolars, J. C., Habermann, T. M., & Shanafelt, T. D. (2006). *Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study*. Jama, 296(9), 1071-1078.
- World Health Organization. (2019). *WHO Framework on integrated people-centred health services*. Retrived from <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/en/>.

Wündrich, M., Schwartz, C., Feige, B., Lemper, D., Nissen, C., & Voderholzer, U. (2017). *Empathy training in medical students—a randomized controlled trial*. *Medical teacher*, 39(10), 1096-1098.

Zantinge, E. M., Verhaak, P. F., de Bakker, D. H., Kerssens, J. J., van der Meer, K., & Bensing, J. M. (2007). *The workload of general practitioners does not affect their awareness of patients' psychological problems*. *Patient Education and Counseling*, 67(1–2), 93–99.

Zolnierek, K. B. H., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826.